FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897 — N° 69

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE JEUDI 9 DÉCEMBRE 1897, A 1 HEURE

Par C. ANGELESCO

Ancien Interne des Hopitaux de Paris

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

POUR

TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

Président de la Thèse : M. Paul BERGER, professeur.

Juges : MM. LABOULBÈNE, professeur.
MARCHAND et THIÉRY, agrégés.

PARIS

GEORGES CARRÉ et C. NAUD, ÉDITEURS

3, rue Racine, 3

1897

LIBRAIRIE
JAÇQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE JEUDI 9 DÉCEMBRE 1897, A 1 HEURE

Par C. ANGELESCO

Ancien Interne des Hopitaux de Paris

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

POUR

TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

Président de la Thèse : M. Paul BERGER, professeur.

Juges : MM. LABOULBÈNE, professeur.
MARCHAND et THIÉRY, agrégés.

PARIS
GEORGES CARRÉ et C. NAUD, ÉDITEURS
3, rue Racine, 3

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.

Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAIMOND.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	N... PINARD

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MENETRIER.	THOINOT.
ALBARRAN.	GILBERT.	NÉLATON.	TUFFIER.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE	NETTER.	VARNIER.
BAR.	GLEY.	POIRIER chef des travaux anatomiques.	WALTHER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	RETTERER.	WEISS.
BROCA.	HEIM.	RICARD.	WIDAL.
CHARRIN.	LEJARS.	ROGER.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LETULLE.	SEBILEAU.	
Pierre DELBET.	MARFAN.	THIÉRY.	
FAUCONNIER.	MARIE.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

69

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Professeur de Clinique Chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine etc.

A MES MAITRES, DANS LES HOPITAUX

A MESSIEURS LES DOCTEURS

J. L. CHAMPIONNIÈRE.

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

Membre de l'Académie de Médecine

etc.

PÉRIER

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Membre de l'Académie de Médecine

etc.

ROCHARD

Chirurgien des Hôpitaux etc,

Mes chers Maitres,

Je suis heureux de pouvoir aujourd'hui vous exprimer mes sentiments de profonde reconnaissance et d'inaltérable dévouement !

INTRODUCTION

L'hystérectomie abdominale totale pour grosses tumeurs fibreuses de l'utérus est à l'ordre du jour. De nombreuses communications ont été faites à ce sujet dans ces dernières années. Des opinions émises, il résulte que le traitement de choix des grosses tumeurs fibreuses utérines doit être l'ablation totale par l'abdomen, sans avoir recours aux manœuvres vaginales. Nous montrerons dans ce travail les phases par lesquelles a passé le traitement chirurgical des grosses tumeurs fibreuses de l'utérus, et nous indiquerons la technique de l'hystérectomie abdominale totale en insistant sur les avantages que cette opération présente.

A la fin de ce travail, nous donnons 40 observations d'hystérectomies abdominales totales, toutes inédites,

Enfin, une statistique, qui comprend 500 hystérectomies abdominales totales pour fibromes, est ajoutée à la fin de ce mémoire, pour montrer la bénignité de cette opération et faire ressortir sa supériorité sur les autres méthodes de traitement des grosses tumeurs fibreuses de l'utérus.

Mais avant d'aborder ce sujet, qu'il nous soit permis d'adresser aux éminents maîtres, qui ont bien

voulu guider notre instruction médicale, nos respectueux hommages et notre profonde reconnaissance.

A la mémoire de nos deux maîtres, le professeur Verneuil et le docteur Terrillon, nous adressons un respectueux souvenir.

M. le Professeur Landouzy, dont nous avons été l'externe, nous a fait largement profiter de son enseignement clinique, nous sommes heureux de le remercier, pour les marques de sympathie qu'il nous a toujours témoignées.

M. le Docteur Ricard a été un de nos premiers maîtres en chirurgie, nous le prions d'agréer ici l'expression de notre vive et sincère gratitude.

Nous devons à M. le Docteur Chaput, notre premier maître dans l'internat, des témoignages tout particuliers de reconnaissance, pour l'affectueuse sollicitude, dont il nous a donné des preuves.

Pendant notre seconde année d'internat, nous avons été l'interne de M. le Docteur Marchand. Depuis, il n'a cessé de nous prodiguer des marques de sympathique intérêt, nous le prions de bien vouloir agréer l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous avons eu l'insigne honneur d'être, en troisième année, l'interne de M. le Docteur Championnière. Nous n'oublierons jamais tout ce que nous devons à cet éminent maître. Qu'il reçoive l'expression de notre profond respect et de notre gratitude pour l'appui qu'il nous a toujours accordé.

Nous avons été l'interne provisoire et nous avons fait notre quatrième année d'internat dans le service de M. le Docteur Périer. Nous nous souviendrons toujours avec

reconnaissance de sa bienveillante sympathie et des services qu'il nous a rendus. Nous tâcherons de nous montrer dignes de sa confiance et de l'intérêt qu'il nous a montré.

M. le Docteur Rochard a été pour nous, non seulement un maître aimé, mais, qu'il nous permette de le dire, un véritable ami. Il n'a cessé de nous montrer à quel point il nous faisait l'honneur de s'intéresser à nous. Ainsi, nous tenons tout particulièrement à lui affirmer notre reconnaissance et notre profond attachement.

Que M. le Professeur Lannelongue et MM. les Docteurs Peyrot et Bazy veuillent bien recevoir l'expression de nos hommages les plus respectueux.

Nous prions M. le Docteur Thiéry d'agréer tous nos remerciements pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté.

Nous remercions vivement nos autres maîtres des hôpitaux, MM. les Docteurs Potherat, Lejars, Guinard, Picqué, Troisier, Demoulin et Legueu de la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

Nous sommes heureux d'exprimer à notre ami le Professeur Marinesco (de Bucarest), notre affection la plus sincère et de le prier de croire que nous n'oublierons jamais tout ce que nous lui devons.

Nous adressons nos plus profonds remerciements à M. le Professeur Berger, pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse, et nous tenons à lui exprimer ici toute notre gratitude pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner.

CHAPITRE Ier

HISTORIQUE

Jusqu'au commencement de la seconde moitié de ce siècle, le seul traitement que l'on appliquât aux corps fibreux de l'utérus était le traitement médical.

Il faut arriver jusqu'en 1837 et 1844 pour voir quelques chirurgiens s'attaquer aux corps fibreux sous-péritonéaux et les extirper par la laparotomie.

Mais, même dans ce cas, l'intervention n'était pas décidée après diagnostic préalable. Les chirurgiens faisaient une laparatomie croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire et, rencontrant par hasard un fibrome sous-séreux, ils l'extirpaient.

Vers 1809, Ephraïm Mac-Dowell (1) (de Kentucky) avait fait la première ovariotomie pour kyste de l'ovaire.

Les chirurgiens qui suivirent, Lizars en 1835, Dieffenbach en 1826 (2), tentèrent de nouvelles laparatomies, croyant avoir affaire à des kystes de l'ovaire, mais, quand

(1) Pozzi. Traité de Gynécologie, 3e édition, p. 849.
(2) Hegar et Kaltenbach. Traité de Gynécol. opératoire (Trad. franç. p. 344. 1885). et. S. Pozzi. De la valeur de l'hystérectomie (*Thèse d'Agr.* p. 5, Paris, 1875).

ils virent qu'il s'agissait en réalité de fibromes utérins, ils refermèrent l'abdomen.

Dans l'histoire du traitement chirurgical des fibromes de l'utérus, il faut considérer trois périodes.

Dans la première, on s'attaque purement aux fibromes sous-séreux et on les extirpe par la laparotomie.

C'est ainsi qu'en 1837 Granville (1), trouvant, au cours d'une laparatomie, un fibrome sous-péritonéal, l'enlève ; la malade, du reste, meurt.

Atlée (2), en 1844, renouvelle la tentative de Granville dans un cas pareil ; cette fois-ci la malade guérit.

Dans une deuxième période, l'utérus fibromateux est extirpé partiellement par la voie abdominale, ce sont les premières opérations d'extirpation supra-vaginale.

Ainsi, Charles Clay (3) et Heath (4) (de Manchester), font en 1843, le premier au mois d'août, le second en novembre, deux hystérectomies partielles pour des fibromes interstitiels ; les malades moururent, quelques heures après, d'hémorrhagie.

Une deuxième malade, que Clay opère, « vécut jusqu'au quatorzième jour ; et la péritonite à laquelle elle succomba fut occasionnée par la maladresse de sa garde-malade qui la laissa tomber par terre en la changeant de lit (5) ».

C'est seulement vingt ans plus tard, en janvier 1863, que

(1) Granville (R. Lee. med. transact. p. 94, t. XXXIV).
(2) Washington L. Atlee. Removal of a Fibroid Tumour of the uterus by gastrotomy (*Amer. J. of med. sciences*, p. 309. April. 1845).
(3) Charles Clay. (*Med. Times*, p. 18, n° 164).
(4) Heath. (*Med. gaz. London.* 8 oct. 1843).
(5) Pozzi. *Thèse* citée).

Clay fait sa première hystérectomie de propos délibéré (1).

Atlée (2), fait sa première hystérectomie abdominale le 3 mars 1853, mais, cette fois encore, le diagnostic exact n'avait pas été posé au préalable.

C'est seulement le 1er septembre 1853 que la première hystérectomie abdominale pour fibromes a été pratiquée, le diagnostic étant posé, et c'est en Amérique qu'elle a été faite par Kimball (3) (de Lowell, Massachussets).

Kimball « fit une amputation supra-vaginale de l'utérus chez une femme profondément épuisée par les hémorrhagies. Le col fut traversé par un fil double et chaque moitié liée. Les fils furent ramenés dans l'angle inférieur de la plaie. Huit mois après, la femme était en bonne santé, mais les fils n'étaient pas encore éliminés ».

Sur trois hystérectomies que Kimball rapporte dans son travail, il avait perdu deux malades.

Kœberlé (4), quelques années après (19 décembre 1863), est le second chirurgien qui fait l'hystérectomie abdominale partielle après avoir posé le diagnostic de fibrome. C'est Kœberlé qui le premier fixe le manuel opératoire de l'hystérectomie supra-vaginale à pédicule externe. Les

(1) Charles Clay. Observations on Ovariotomy, statistical and practical aloo a successful case of the entire removal of the uterus and its Appendage. — (*Trans. London, Obstet. Soc.* p. 58, 1863),

(2) W. L. Atlee. Prize Essay. the surgical Treatment of certain fibrous Tumours of the uterus, heretofore considered beyond the Resources of Art. (*Trans. Amer. med. Association*, p. 547, 1853.

(3) Kimball. Successful case of Extirpation of the uterus (*Boston. Med. and. Surg. Jour.*, p. 249, mai 1855).

(4) Koeberlé. Documents pour servir à l'histoire de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode sus-pubienne (*Gaz. med. de Strasbourg*. N° 2 et suivants, 1864).

premières hystérectomies de Kœberlé sont signalées dans la thèse de son élève Caternault (1).

La méthode de Kœberlé, qui constitue la première méthode en date, pour le traitement chirurgical des fibromes interstitiels, est pour la première fois employée en Amérique par Kimball le 18 septembre 1869 (2).

A partir de Kœberlé, le traitement chirurgical des corps fibreux de l'utérus entre dans la période scientifique. Avant lui, les rares opérateurs qui avaient abordé le traitement chirurgical de ces tumeurs, ne suivaient aucun plan bien déterminé ; ils faisaient l'extirpation de la tumeur en agissant suivant les difficultés qu'ils rencontraient, et sans être guidés par aucune donnée bien précise.

Kœberlé est le premier chirurgien qui donne une technique pour l'amputation supra-vaginale des fibromes interstitiels ; c'est lui qui crée le premier procédé d'hystérectomie abdominale à pédicule extra-péritonéal.

Son manuel opératoire peut être indiqué en quelques mots :

Après avoir diminué en grande partie la tumeur par énucléation, il place le plus bas possible sur le col utérin une ligature métallique. Cette ligature est appliquée de la manière suivante : le péritoine de la face antérieure de l'utérus étant décollé et la vessie refoulée en avant, on traverse le col de l'utérus d'avant en arrière avec une aiguille qui attire l'anse d'un fil métallique replié en deux.

(1) Caternault. Essai sur la Gastrotomie dans les cas des tumeurs fibreuses périutérines (*Thèse* de Strasbourg, 1866).

(2) Kimball. Extirpation of the uterus. (*Trans. Amer. med. Assoc.* p. 319, 1877).

L'anse étant coupée, on serre, à l'aide d'un serre-nœud, les deux extrémités de chaque fil, en dehors de la moitié correspondante du col et du ligament large qui lui adhère. On ampute alors la tumeur au-dessus de la ligature métallique.

Le pédicule ainsi obtenu est attiré à l'extérieur et en le traversant avec quelques fils d'acier qui reposent sur la paroi abdominale, on l'empêche de rentrer dans le ventre.

Par cette description, nous voyons que le principe du traitement extra-péritonéal du pédicule appartient à Kœberlé, et que les modifications ultérieures n'ont fait que compléter et simplifier ce procédé, dont les divers temps sont restés les mêmes.

Péan (1), en décembre 1869, fait sa première hystérectomie à pédicule externe en suivant le même manuel opératoire que Kœberlé, avec de légères modifications de détail. Ainsi, il fait le morcellement de la tumeur pour diminuer son volume, chaque morceau étant enlevé après avoir placé à sa base une ligature métallique serrée par des serre-nœuds de Cintrat. Pour empêcher le pédicule de rentrer dans le ventre, il le traverse avec deux broches perpendiculaires l'une à l'autre, etc.

En somme, les modifications que Péan imprime au procédé de Kœberlé sont insignifiantes, et il faut arriver jusqu'à Kleeberg (d'Odessa), pour trouver une modification capitale dans le manuel opératoire de Kœberlé.

C'est la substitution de la ligature élastique à la ligature métallique.

(1) Péan et Udry. Hystérectomie, de l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie (Paris 1873) et (*Union médicale*, p. 874, 1869).

Kleeberg (1) (d'Odessa), en 1877, remplace les fils de fer qui doivent faire l'hémostase à la base de la tumeur par quatre drains en caoutchouc, qui traversent le col utérin d'avant en arrière, et qui sont noués, sur les parties latérales de cet organe, par dessus les ligaments larges.

L'hémostase est ainsi beaucoup mieux assurée et les drains en caoutchouc ne coupent pas les tissus comme les fils métalliques.

Un grand progrès donc est obtenu par la modification de Kleeberg.

Hegar (2), en 1880, perfectionne le procédé de Kœberlé et règle la technique de telle sorte qu'actuellement ce procédé porte le nom de Kœberlé-Hegar.

Il remplace la ligature élastique double que Kleeberg faisait sur chaque moitié du col, par une seule ligature qui prend le col en masse ; de plus, il place deux sutures, une en haut du pédicule, l'autre en bas, sutures qui réunissent le péritoine pariétal au péritoine du pédicule.

Nous ne pouvons pas nous étendre davantage sur la technique d'Hegar, il suffit seulement de dire que sa technique est celle que la plus grande partie des chirurgiens suivent, quand ils veulent traiter les fibromes de l'utérus par l'hystérectomie à pédicule extra-péritonéal.

Pozzi (2), avant d'appliquer le lien élastique, fait tout d'abord l'hémostase des ligaments larges par des ligatures en chaîne et à la soie, et c'est seulement, une fois que les

(1) Kleeberg. (*Saint-Pétersbourg*, *med. Woch.* N° 13, 1877 et n° 41, 1879).
(2) Hegar et Kaltenbach. (Traité de Gynéc. *loc. cit.*).
(3) Pozzi. Technique de la ligature classique du pédicule (*Soc. de chir.* 28 Nov. 1883) et (*Congrès de chir.* 1885).

ligaments larges sont sectionnés, qu'il applique la ligature élastique.

Kaltenbach, Terillon, Bantock, Duret, etc., ont contribué à perfectionner la méthode de Kœberlé-Hegar ; nous ne pouvons que renvoyer à la thèse de Gentilhomme (1), où toutes ces modifications sont indiquées.

Nous venons de voir les phases par lesquelles la méthode de Kœberlé a passé.

La grande mortalité qu'elle donne aux premiers opérateurs qui l'emploient, diminue après la découverte de l'antisepsie; mais les nombreux inconvénients que le pédicule présente, persistent malgré l'antisepsie la plus rigoureuse.

Le glissement du lien élastique et par suite l'hémorrhagie, s'observent assez souvent; la septicémie, ou la péritonite, ayant comme point de départ le pédicule, sont fréquentes ; les abcès, l'éventration consécutive à la chute du pédicule, ne sont pas rares ; enfin, d'autres inconvénients, sur lesquels nous allons revenir plus tard, font que les chirurgiens cherchent à réduire le pédicule et à le traiter comme les pédicules des ovariotomies, où les résultats sont si satisfaisants.

Quoique plusieurs chirurgiens eussent déjà tenté cette réduction du pédicule, surtout après la découverte du lien élastique de Kleeberg, en 1877, il faut arriver à Schrœder pour avoir une technique précise du traitement intra-péritonéal du pédicule. — C'est lui, en somme, qui a le vrai mérite d'avoir rendu pratique, et d'avoir établi sur des ba-

(1) Gentilhomme. — Hystérectomie abdominale. Technique. Critique. Résultats (*Thèse* de Paris, 1894).

ses scientifiques, cette méthode qui porte aujourd'hui son nom.

Schrœder (1) procède de la manière suivante : après avoir lié et sectionné les ligaments larges le plus bas possible, il place sur le col utérin un lien élastique ; au-dessus de ce lien, à un centimètre et demi, il fait une incision circulaire du péritoine. Il s'agit alors d'obtenir deux lambeaux de tissu utérin pour pouvoir les suturer en les adossant l'un à l'autre ; avec le bistouri il coupe ces deux lambeaux à trois centimètres au-dessus du lien élastique. en faisant deux sections de haut en bas sur le tissu utérin, sections qui se rencontrent en V au niveau de la cavité utérine.

Au lieu de constituer les lambeaux de cette manière, on peut sectionner le pédicule en travers, et l'évider jusqu'à l'adossement parfait des deux surfaces l'une à l'autre.

Quoi qu'il en soit, une fois que les deux lambeaux sont constitués, on les unit l'un à l'autre par des sutures en étage, au catgut et à la soie. La muqueuse utérine a été au préalable désinfectée à l'eau phéniquée forte, ou cautérisée au thermo-cautère. Il ne reste plus alors qu'à suturer le péritoine par dessus ce pédicule et à enlever le lien élastique après avoir lié les artères utérines.

Le procédé intra-péritonéal de Schrœder devenu classique n'est pas exempt des critiques, comme du reste le traitement extra-péritonéal.

L'hémorrhagie consécutive à la section des tissus par les fils, l'infection partie de la muqueuse cervicale, quelquefois le sphacèle du pédicule, sont des inconvénients avec lesquels il faut compter.

(1) Schroeder. (*Arch. f. gyn.*, p. 271, 1880 et p. 478, 1881).

De plus, l'opération est très longue à cause du grand nombre des sutures qu'il faut placer sur le moignon pour assurer l'adossement des deux lambeaux et l'hémostase.

De là est né le traitement intra-péritonéal du pédicule par la ligature élastique perdue.

Czerny (1), et surtout Olshausen (2) sont les promoteurs de cette méthode.

Quoique Czerny eût déjà signalé cette méthode, en 1879, c'est Olshausen, en 1881, qui indique en détails la technique et qui la met sur le même pied que le procédé de Schrœder.

La manière de faire d'Olshausen est très simple ; la tumeur étant attirée à l'extérieur on place le plus bas possible sur son pédicule un lien élastique qui l'enserre en même temps que les ligaments larges. La tumeur est amputée au-dessus du lien élastique et la muqueuse cervicale ainsi que la surface de section, sont fortement cautérisées.

Le moignon ainsi obtenu est réduit dans l'abdomen avec le lien élastique qui doit s'enkyster. La durée de l'opération est, dans ce procédé, insignifiante, mais les accidents qui peuvent se montrer, à cause du lien élastique, doivent être pris en considération.

Ces accidents sont assez fréquents malgré l'avis de Demantké (3), et nombre des chirurgiens les signalent.

(1). Czerni. (*Centralb. fur gyn.* p. 519, 1879).

(2) Olshausen. Eine behandlung des Stumpfer bei der Amputatio supravaginalis. (*Centralb. fur gyn.* p. 291. 1881) et (*Deutsch. Zeit. f. Chir.* p. 171, 1881).

(3) Demantké. De l'hystérectomie abdominale pour gros fibromes, par le procédé de la ligature élastique perdue (procédé d'Olshausen (*Thèse de* de Paris, 1897).

Le desserrement, ou le glissement du lien élastique, et l'hémorrhagie consécutive ne sont pas rares : l'élimination de ce lien et, par suite, l'infection et les accidents suppuratifs s'observent si fréquemment, que des chirurgiens, comme Pozzi, Schwartz (in Zweifel), ont proposé de faciliter l'élimination du lien élastique (Pozzi), ou de placer celui-ci entre le tissu utérin et le péritoine (Schwartz) ; de telle sorte que le lien étant éliminé, la cavité péritonéale soit à l'abri de l'infection.

Les autres procédés de traitement intra-péritonéal du pédicule dérivent tous du procédé de Schrœder, ou de celui d'Olshausen.

Zweifel (1), Dimitri de Ott (2), Chaput (3), etc., frappés surtout du danger d'hémorrhagie que le pédicule peut présenter, imaginent des procédés, qui consistent soit à passer des fils de soie, dans le tissu du moignon, et à assurer ainsi l'hémostase par la ligature de ces fils, (Zweifel, Dimitri de Ott), soit à lier directement les vaisseaux sur la surface du moignon, en plaçant les ligatures à la base de petits prismes qu'on délimite dans le tissu utérin (Chaput).

D'autres chirurgiens frappés surtout du danger d'infection dont le point de départ peut être le pédicule intra-péritonéal, cherchent à l'isoler, soit en l'attirant dans le vagin, soit en le couvrant de péritoine. On l'attire dans le vagin par le cul-de-sac de Douglas, comme Meinert (4), par le

(1) Zweifel. Die stiebehandlung bei der myomectomie. (Stuttgard. p. 65. 188 et (*Centralb. f. Gyn.* p. 570, 1889).

(2) Dimitri de Ott. Quelques modifications dans la techinque opératoire de l'hystérectomie. (*Annales de Gyn.* sept. 1891).

(3) Chaput.. (*Bull. de la Soc. Obst, et Gyn. de Paris*, p. 59, 1893).

(4) Meinert. (*Wienn. Med. Woch.* N° 45, 1885).

cul-de-sac antérieur, comme Byford (1), ou enfin par inversion comme Frascani (2), (dans ce dernier cas la cavité cervicale a été dilatée et des fils de soie ont été placés tout autour du col, au niveau de sa section, les fils étant passés dans le vagin par la cavité utérine, on tire dessus et le col est retourné dans le vagin).

L'isolement du col est mieux obtenu en le couvrant de péritoine ; le moignon devient ainsi sous-péritonéal ou rétro-péritonéal. La cavité utérine n'est plus directement en contact avec la cavité abdominale ; le péritoine qui la couvre la sépare complètement. Le danger d'infection est diminué.

Eastman (3), Goffe (4), Leonte (5), (de Bucarest), taillent deux lambeaux péritonéaux de dimensions égales ; la ligne de suture, quand les deux lambeaux sont réunis, se trouve sur la ligne médiane du moignon. Chrobak (6), (de Vienne), forme de même deux lambeaux, mais l'antérieur étant beaucoup plus grand que le postérieur, on obtient une ligne de suture en arrière du moignon. Milton (7), (du Caire), à l'inverse de Chrobak, coupe le lambeau postérieur plus grand que l'antérieur.

(1) Byford. Vaginal fixation of the Stump in Abdominal Hysterectomy. (*Amer. J. of. Obst.* p. 1113. Oct. 1890).

(2) Frascani. (*Riforma Medica*, 14 sept. 1891).

(3) Eastman. Case of Hysterectomy with practical Comments on Laparotomy. (*Trans. Indiana. State Med. Soc.* p. 133, 1887) et (*Jour. Amer, Med. Assoc.* T. XXIII, p. 173, 1894).

(4) Goffe. A New-method the intra abdominal but extraperiteonale méthod of disposing of the Pedicle in supra-vaginal Hysterectomy for Fibroid Tumours. (*Amer. J. of. obst.* T. XXIII, p. 372, 1890).

(5) Leonte (*Rev. de Chir.* juin 1894).

(6) Chrobak. Zur. Extirpatio uteri myomatosi abdominalis. (die retro-péritoneale Stielversorgung) *Centralb. f. Gyn.* p. 713, 1891).

(7) Milton. Treatment of the pedicle. (*The Lancet*, p. 1005, 1890).

Enfin, Emmet (1), et Richelot (2), forment un seul lambeau antérieur.

En somme, tous ces auteurs ferment complètement le péritoine en bas par dessus le moignon.

Les inconvénients que présente le pédicule intra-péritonéal, ont conduit certains chirurgiens à combiner les deux méthodes intra-abdominale et extra-abdominale ; ils pensaient ainsi obtenir plus de sécurité, surtout en ce qui concerne l'hémorrhagie et l'infection.

De là les procédés mixtes de Wolfler (3), Hacker (4), de Sanger (5), et de Kelly (6).

Ces auteurs, après avoir préparé le pédicule comme Schroeder, au lieu de le laisser dans l'abdomen, le fixent au péritoine pariétal, au niveau de la plaie abdominale de telle sorte qu'on le surveille et, à la moindre complication on peut intervenir.

En résumé, il résulte de ce que nous venons de dire, que le pédicule laissé à la suite de l'extirpation des tumeurs interstitielles de l'utérus, a été l'objet des nombreuses discussions entre les chirurgiens ; les uns voulant l'attirer en dehors du ventre, les autres le réduire dans l'abdomen.

Les deux méthodes ont des inconvénients, et depuis que l'antisepsie a fait tant des progrès, on tend de plus en

(1) Emmet. (Principles and Practice of Gynecology. p. 612, 1883).

(2) Richelot. Trait. du pédicule intra-péritonéal dans l'ablation des fibromes utérins par l'hystérectomie abdominale. (in *Thèse* de Guilleminot. Paris, 1892).

(3) Wolfler. Zur Technick der supra vaginale Amputation Uteri. (*Wien. med. Woch.* p. 793. 1885).

(4) Hacker. (*Wien. med. Woch.*, p. 1466. 1885).

(5) Sanger. Zur technik der Amputatio Uteri myomatosi supravaginalis intra péritonéale Abhapselung, etc. (*Centralb. f. Gyn.* p. 718, 1886).

(6) Kelly. A New Method of performing Hysteromyomectomy. (*Amer. J. of. Obst*, T. XXII, p. 375, 1889).

plus à se débarrasser de ce pédicule, qui est la cause de si nombreux méfaits.

Nous avons divisé l'histoire du traitement chirurgical des fibromes de l'utérus en trois périodes :

Dans la première, les chirurgiens s'attaquent seulement aux tumeurs faciles à enlever, aux fibromes sous-péritonèaux, où une simple ligature sur le pédicule suffisait pour enlever la tumeur.

Dans la deuxième période, nous avons vu que l'on aborde les fibromes interstitiels, mais sans les extirper en totalité ; en laissant un pédicule.

Enfin, il nous reste à faire l'histoire de la troisième période, celle qui intéresse tout particulièrement notre sujet, c-est-à-dire l'extirpation en totalité du fibrome avec l'utérus. C'est l'Hystérectomie totale.

L'Hystérectomie totale dans les fibromes, peut se faire ou par l'abdomen, ou par le vagin ; nous laissons de côté la voie sacrée qni n'est pas employée.

C'est la voie abdominale qui a été la première en date.

Delpech, avait proposé, dès 1830, d'extirper l'utérus en totalité, par la laparotomie.

Mais c'est Burnham (1), (de Lowell. Massachussetts), qui paraît avoir été le premier chirurgien qui ait fait une hystérectomie totale par l'abdomen pour fibrome (le 26 juin 1853).

Il s'agissait d'une malade âgée de 41 ans, chez laquelle on avait fait le diagnostic de tumeur de l'ovaire gauche. Burnham, trouve à l'opération les deux ovaires kystiques,

(5) Burnham. (*Nelson's American Lancet*, 1854) et (*Liman's Report*. Boston, 1856).

une tumeur fibreuse implantée sur le fond de l'utérus et plusieurs autres petits fibromes interstitiels.

Il veut fermer le ventre, mais la malade se met à vomir et on se trouve dans l'impossibilité de réduire la tumeur. Burnham se décide alors à l'enlever.

Il place des ligatures sur les pédicules des deux ovaires kystiques et sur le pédicule du fibrome sous-péritonéal, et ces trois tumeurs sont extirpées.

Après avoir lié les artères utérines, il sépare l'utérus « jusqu'au dessous du point où le col s'unit avec le vagin » et il l'enlève.

Les fils sont ramenés dans l'angle inférieur de la plaie, et vers la cinquième semaine, ils se détachèrent. Malgré une inflammation très vive, la malade guérit.

D'autres hystérectomies sont faites par Burnham en 1854, 1857, etc. : en tout, il fait quinze hystérectomies avec trois guérisons. Ces hystérectomies de Burnham sont signalées dans le travail de Irish (1) et dans celui de Perkins (2).

Après la tentative de Burnham, aucun chirurgien n'aborde plus l'hystérectomie totale jusqu'en 1868, époque à laquelle, d'après Gross (3) (de Nancy), Kœberlé aurait pratiqué deux hystérectomies abdominales totales pour fibromes.

En tout cas, c'est Péan (4), qui passe pour le premier

(1) John Irish. Hysterectomy for the Treatment of fibroid Tumours. (*Trans. Amer. Med. Assoc.* p. 447, 1878).

(2) H. P. Perkins. Three hundred and thirty-eight Cases of abdominal section in the Practice of Dr W. Burnham. (*An. Gynec. and. Pædiat.* p. 339, 1888).

(3) F. Gross. Hystérectomie Abdomino-vaginale et hysterectomie abdominale totale pour fibromyomes utérins. (*Semaine méd.* n° 12, 1893).

(4) Péan et Urdy, (*loco cit.* et *Union médicale, citée*).

chirurgien, ayant pratiqué, de propos délibéré, une hystérectomie abdominale totale, le 4 septembre 1869. Il communiqua ce cas à l'Académie de médecine en 1870.

Plus tard, Péan (1) abandonne l'hystérectomie abdominale totale pour l'hystérectomie abdomino-vaginale qu'il considère comme supérieure à la première.

A partir de ce moment, l'hystérectomie abdominale totale est complètement délaissée.

Les résultats satisfaisants que tous les chirurgiens obtiennent avec l'hystérectomie à pédicule externe ou à pédicule interne, font qu'on cherche plutôt à améliorer ces deux méthodes qu'à tenter l'extirpation totale par l'abdomen.

Cet oubli de l'hystérectomie abdominale totale est d'autant plus compréhensible, qu'une autre opération pour fibromes, la castration, qui paraissait moins dangereuse, était employée avec quelques succès par beaucoup de chirurgiens.

La castration, pour fibromes de l'utérus, avait été pratiquée pour la première fois, le 27 juillet 1872, par Lawson-Tait (2); et plus tard par Battey et Hégar.

Il faut arriver jusqu'en 1881, pour voir de nouveau l'hystérectomie abdominale totale renaître avec Bardenheuer (3). Cet auteur applique les principes de l'opération de Freund (1878) pour le cancer, à l'extirpation des

(1) Péan. (*Académ. de Méd*, 7 juin, 1892), et (in *Thèse* de Ramon, Paris, 1893).

(2) Lawson-Tait. (Traité Clinique des Maladies des femmes. trad. franc. Paris, 1891).

(3) Bardenheuer. (*Centralb. fur gyn.*, p. 519, 1881) et Die Drainirung der Peritonealhöhle ; Anhang die Totalextirpation des uterus wegen Fibroid (Stuttgart 1881).

fibromes ; il se fait le défenseur de cette opération et il montre sa supériorité sur les hystérectomies à pédicule externe, ou à pédicule interne.

Les accidents et les inconvénients que ces deux dernières opérations peuvent présenter, sont supprimés, l'utérus étant enlevé en totalité.

Les hémorrhagies, le sphacèle du pédicule, les abcès, etc., ne sont plus à craindre avec l'hystérectomie totale ; et, chose capitale pour Bardenheuer, l'hystérectomie totale permet le drainage vaginal, ce qui n'est pas le cas avec les deux antres méthodes.

Bardenheuer donne une statistique de sept hystérectomies abdominales totales avec six guérisons, et il conclut que cette opération est moins dangereuse que l'ovariatomie double.

Le procédé de Bardenheuer, comme nous le verrons, est un procédé d'hystérectomie abdominale totale, dans lequel on enlève toute la tumeur par l'abdomen après avoir désinséré le col par le vagin.

Donc, malgré les quelques travaux faits antérieurement sur l'hystérectomie totale, à Bardenheuer revient le mérite d'avoir mis, le premier, en lumière cette opération ; c'est à partir de lui que l'hystérectomie abdominale totale devient d'une pratique courante. Elle est placée, tout d'abord, sur la même ligne que l'hystérectomie à pédicule externe ou interne, et, petit à petit, son domaine grandit au détriment des deux autres méthodes, de telle sorte qu'actuellement l'hystérectomie abdominale totale les a complètement supplantées.

En Allemagne, A. Martin (de Berlin), combat (1) tout d'abord l'hystérectomie abdominale totale ; il lui préfère la castration. Plus tard (2), après avoir fait l'essai de cette nouvelle opération (depuis 1888), il s'en déclare partisan au congrès des naturalistes allemands de Heidelberg en 1892. Martin donne en 1890 (3), deux procédés d'hystérectomie totale ; un procédé d'extirpation totale par l'abdomen (hystérectomie abdominale totale), et un autre par l'abdomen et le vagin (hystérectomie abdomino-vaginale).

A cette époque, sur 30 opérations, il avait perdu 8 malades.

Au congrès de Rome en 1894, Martin, qui auparavant préférait plutôt le procédé abdomino-vaginal, se déclare partisan absolu de l'hystérectomie abdominale totale, et il supprime complètement le drainage vaginal qu'il pratiquait dans ses premières hystérectomies.

Sur 26 hystérectomies abdominales totales qui forment sa dernière statistique communiquée à ce congrès, il avait perdu une seule malade.

En 1890 au congrès de Berlin, Fristsch (4) (de Breslau) soutient que « la méthode de l'avenir, n'est ni l'extra, ni l'intra-péritonéale, mais bien l'extirpation totale ».

Chrobak (5) (de Vienne), en 1891, est, de même, partisan de l'hystérectomie abdominale totale ; sa dernière statis-

(1) A. Martin. (*Zeitschrift fur. Geb. und. gyn.*, 1883)
(2) A. Martin. (*Centralb. f. gyn.* p. 689, 1889).
(3) A. Martin. Ueber Myomoperationen (*Zeitschrift fur Geb. und. gyn.* p. 1, 1890).
(4) Fristsch. (*Verhandl. des internat. medic. Congr.* in Berlin, p. 264, 1891).
(5) Chrobak. (*Centralb. f. gyn.* N° 9, p. 169, 1891).

tique, publiée en 1893 (1), présente, sur 20 cas, 20 guérisons.

Landau (2), partisan aussi de l'hystérectomie totale, emploie la méthode abdomino-vaginale de préférence à l'abdominale totale.

Pourtant dans un travail récent (3), il revient à l'hystérectomie abdominale totale, et se déclare partisan du procédé de Doyen ; de telle sorte qu'actuellement Landau soutient que tout corps fibreux de l'utérus, qui ne peut pas s'enlever par le vagin, doit être enlevé par l'abdomen, à l'aide du procédé de Doyen.

En Amérique l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes de l'utérus, est entrée dans la pratique courante depuis 1888.

C'est à cette époque, le 16 février 1888, que Mary Dixon Jones (4) (de Brooklyn) fait la première hystérectomie totale en Amérique.

Il s'agissait d'une femme qui avait un fibrome de trente livres. Dixon Jones enlève la plus grande partie du fibrome par l'abdomen et, ce qui reste avec le col, par le vagin ; il fait donc une hystérectomie abdomino-vaginale ; l'hémostase des artères utérines est faite avec des clamps passés par le vagin.

La deuxième hystérectomie totale pratiquée en Amé-

(1) Chrobak. Ueber Abdominale Myomoperationen (*Centralb. f. gyn.* N° 20, 1893

(2) Landau. (*Congrès de Rome*, 1894).

(3) Landau. Zur Technmik der Abdominalen Total extirpation des utérus. (*Centralb. f. gyn.* N° 23, p. 689, 1897).

(4) M. D. Jones. Two Cases of uterine Myoma. One supra-public Hysterectomy, the other complete Hysterectomy (*New-York. Med. Jour.*, p. 198, and p. 227, 1888).

rique est due à Stimson (1) (de New-York); cet auteur fait, en novembre 1888, une hystérectomie abdominale totale ; il fait la ligature des artères utéro-ovariennes et utérines comme premier temps de l'hystérectomie. — Plus tard il substitue la ligature directe des artères à la ligature en masse.

Eastman (2) (d'Indianopolis), devient de bonne heure partisan de l'hystérectomie abdominale totale; sa première opération date de septembre 1889.

Polk (3) décrit son procédé et communique en 1892 au meeting de la Société Américaine de Gynécologie, 17 cas d'hystérectomie abdominale totale, avec 2 morts.

Krug (4), Boldt (5), Edebohls (6), Lanphear (7), Price (8), perfectionnent le manuel opératoire de l'hystérectomie abdominale totale, et la préfèrent aux autres interventions chirurgicales pour fibromes utérins, comme la castration, l'hystérectomie à pédicule et l'hystérectomie vaginale, laquelle, malgré son grand renom obtenu en France, n'a pas de tendance à être employée en Amérique.

(1) Stimson. On some modifications in the technique of abdominal Surgery, limiting the use of the ligature en masse (*Med. News.*, p. 93, 1889).

(2) Eastman. Work in abdominal and pelvic Surgery (*Indiana med. Jour.*, p. 219, 1890) et Some Remarks on abdominal Hysterectomy (*Med. Fortnightly*, p. 41, janv. 1896.

(3) Polk. Extirpation of the entire uterus by the supra-public Method. (*Trans. Amer, Gynæc. Soc.*, p. 215, 1892).

(4) Krug. Total extirpation versus leaving the Stump. in operation for uterine fibro-myomata (New-York, Jour. gyn. a. Obst., p. 13, 1892).

(5) Boldt. The operative treatment of fibro-myoma of the uterus (*Amer. Jour. Obst.*, p. 832, 1892).

(6) Edebohls. The technique of total extirpation of the fibromatous uterus (*Amer. Jour. Obst.*, p. 606, 1893).

(7) Lanphear. (*Medical Record*, p. 5, 1893) et (traduct. in *Annales de gyn. et d'Obst.*, p. 208, 1893).

(8) Price. Abdominal hysterectomy (*The amer. jour. of. Obst.* Nov. 1892).

Pryor (1) fait, en 1894, une communication sur l'hystérectomie abdominale totale dans les cas de fibromes intraligamentaires ; il emploie le procédé de Kelly légèrement modifié.

Kelly (2) qui, au début de ses hystérectomies, était partisan de l'hystérectomie à pédicule interne suivant la manière de Schrœder, légèrement modifiée, change son procédé et extirpe en totalité l'utérus, (la petite collerette de col qui reste, étant absolument insignifiante (Segond).

C'est le procédé de Kelly, qui est le procédé le plus employé en Amérique. M. Segond, qui l'a vu pratiqué par son auteur, en a donné une description magistrale à la Société de Chirurgie de cette année-ci.

En Angleterre, l'hystérectomie totale fait des progrès. Boweman Jesset (3) se fait son défenseur devant la Société de Gynécologie anglaise. Il est le premier chirurgien anglais qui ait fait l'hystérectomie abdominale totale. Son opération date de février 1892.

Smyly (de Dublin) fait la deuxième hystérectomie totale en Angleterre, quelques mois après Jesset.— Laurie l'emploie avec succès.

Christopher Martin (5), partisan convaincu de l'hysté-

(1). Pryor. A new and rapid Method of dialing with intra-ligamentous Fibromata. (*Méd. News*, p. 602, 1894).

(2) Kelly. Hystero-Myomectomy and Hystero-Salpingo-ophorectomy by continuous Incision from left to right or from right to left (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*. p. 27, 1896).

(3) B. Jessett. Sugestions for performing abdominal Hysterectomy by total Extirpation of the uterus. with Cases. (*The British Gynæc. Jour.* p. 352, 1892).

(4) Laurie. *British med. jour.* 22 janv. 1894).

(5) Christopher Martin. On Pan-Hysterectomy, or total Extirpation of the uterus (*Trans. Edimburg Obst. Soc.* p. 56, 1866 et *Lancet*, 25 janv. 1896).

rectomie totale, montre sa supériorité sur l'hystérectomie à pédicule externe ou interne ; par le shock insignifiant qu'elle produit et par la convalescence rapide qu'elle présente, cet auteur la préfère même à la castration, et à l'énucléation vaginale qui est dangereuse à moins qu'il ne s'agisse de petites tumeurs sous-muqueuses faciles à enlever.

En Suède, Lennander (1) (d'Upsal) est de bonne heure partisan de l'hystérectomie abdominale totale ; il emploie un procédé qui a beaucoup d'analogie avec celui de Chrobak.

En Belgique, l'hystérectomie abdominale totale compte parmi ses défenseurs, Rouffart (2) et Jacobs (3).

Le premier de ces deux auteurs, emploie l'hystérectomie totale depuis 1891. Il commence par libérer le col par le vagin, et enlève toute la tumeur par l'abdomen.

Jacobs, qui de son côté, dans son premier procédé, commençait par le vagin, est revenu sur sa première manière de faire, et actuellement il fait l'hystérectomie abdominale totale. Il abandonne, dans son nouveau procédé (4), toute hémostase et toute manœuvre vaginale.

Nous voyons donc que l'hystérectomie abdominale totale, après avoir été mise en honneur par Bardenheuer, en Allemagne, arrive à être très employée en Angleterre, en Belgique, mais surtout en Amérique.

(1) Lennander. Ueber Abdominal Myomoperationen mit besonderer Berücksichtigung der Totalextirpationen des uterus wegen Myom. (*Centralb. f. Gyn.* p. 242, 1892 et p. 831, 1893).

(2) Rouffart. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc.* de Bruxelles, 9 mai 1891) et (*Nouvelles Archives, d'Obst. et de Gyn.* 25 oct. 1893).

(3) Jacobs. (*Soc. d'Obst. et de Gynéc.* de Bruxelles, 30 avril 1893).

(4) Jacobs. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* de Bruxelles, 1897).

En France, malgré les premières observations de Péan et de Kœberlé, qui datent de 1869, l'hystérectomie abdominale totale est complètement oubliée. Péan lui-même lui préfère l'hystérectomie abdomino-vaginale qu'il considère comme supérieure à tout autre procédé.

L'hystérectomie abdominale totale est d'autant plus facilement oubliée en France, que l'hystérectomie vaginale gagne du terrain.

Depuis 1882, l'hystérectomie vaginale par morcellement, décrite par Péan, était devenue un moyen de traitement très employé pour les fibromes de petit et de moyen volume.

A peine pouvons-nous citer quelques rares hystérectomies abdomino-vaginales pratiquées à cette époque.

Bouilly (1) et Goullioud (2) publient deux observations où cette méthode avait été appliquée.

Il faut arriver à la communication de Guermonprez (3) à l'Académie de Médecine, les 15 et 22 septembre 1891, pour voir l'hystérectomie abdominale totale revenir de nouveau en discussion.

A partir de cette époque, cette question prend un très grand développement en France. De nombreuses communications sont faites aux Congrès de Chirurgie et aux Sociétés scientifiques. Les premiers procédés sont modifiés ; beaucoup des chirurgiens qui emploient en partie la voie vaginale, comme premier ou dernier temps de l'hystérec-

(1) Bouilly. (*Congrès de Chir. de Paris*, 1891) et (*Annales de Gyn., et d'Obst.* p. 314. 1891).

(2) Goullioud. (*Lyon Méd.* 1891) et (*Archives de Tocol. et de Gyn.* Oct. 1891).

(3) Guermonprez. (*Acad. de méd.* 15 et 22 sept. 1891) et Duval. (*Thèse* de Paris, 1892).

tomie abdominale, modifient leur manière de faire, ils font tout par l'abdomen; les chances d'infection sont ainsi diminuées et les statistiques se ressentent de cette simplification opératoire.

Doyen (1) (de Reims) est un des premiers qui donne un procédé d'hystérectomie abdominale totale, mais dans ce premier procédé, il pratique quelques manœuvres vaginales.

Au Congrès français de Chirurgie de 1893, les indications de l'hystérectomie abdominale totale sont revenues en discussion ; Péan, Doyen, Delagénière, etc., sont d'avis qu'il faut intervenir par l'abdomen toutes les fois, que la tumeur est d'un certain volume.— Mais, tandis que, pour Péan, Schwartz, Goullioud, etc., la méthode abdomino-vaginale est préférable, pour Doyen, Delagénière, etc., il faut préférer la méthode abdominale seule.

A ce Congrès, Reverdin (2) (de Genève), communique deux cas d'hystérectomie abdominale totale terminés par la guérison. — Reverdin n'est pas partisan de l'hystérectomie en deux temps, ses préférences sont pour l'hystérectomie abdominale totale. — Pour faciliter la sortie de la tumeur au dehors du ventre cet auteur se sert d'un appareil à traction qu'il décrit en détail.

Péan (3) donne une statistique de 200 hystérectomies tant abdominales qu'abdomino-vaginales faites de 1868 à 1893 et qui lui ont donné 30 décès. Au congrès de Lyon de 1894, nous devons signaler les communications de Delagénière (de Tours), de Delaunay, de Vuillet (de Ge-

(1) Doyen. (*Archives provinciales de chirurgie*, p. 498, 1892) et *Congrès de Chirurgie*, Paris, 4 avril 1883).
(2) Reverdin. (*Congrès de Chirurgie* de Paris 1893).
(3) Péan. (*ibid*).

nève), etc. Delaunay et Vuillet rapportent, le premier 7, le second 4 hystérectomies abdominales totales.

A partir de 1895, l'hystérectomie abdominale revient presque à chaque instant en discussion.

M. Richelot (1), à la Société de Chirurgie, le 24 avril 1895, communique son procédé qu'il appelle « définitif » et dans lequel toute hémostase par ligatures est abandonnée ; M. Richelot se sert des longues pinces introduites par le vagin pour assurer l'hémostase des ligaments larges. Dans la discussion qui s'engage devant la Société de Chirurgie, à propos de la communication de M. Richelot, la plupart des chirurgiens sont contre les manœuvres vaginales, que cet auteur est obligé de faire dans son procédé. MM. Ricard(2), Quénu (3), Schwartz (4), etc,, sont parmi ces derniers ; ils donnent la préférence aux procédés exclusivement abdominaux.

Le procédé que notre maître M. Ricard, communique, se fait en totalité par l'abdomen, les manœuvres vaginales sont complètement supprimées. — M. Schwartz qui, au Congrès de Chirurgie de 1893, préférait l'hystérectomie par la voie abdomino-vaginale, à la manière de Péan, est aussi partisan, à ce moment, de l'hystérectomie abdominale totale.

Pour M. Routier (5), le pronostic de l'hystérectomie abdominale totale est aussi bon, sinon meilleur, que celui de l'hystérectomie partielle à pédicule externe. MM.

(1) Richelot (*Soc. de Chirurgie*, 24 avril 1895).
(2) Ricard. (*ibid.* 5 juin).
(3) Quénu. (*ibid*).
(4) Schwartz. (*ibid* 22 mai).
(5) Routier (*ibid.* 5 juin).

Tuffier (1), Championnière (2) communiquent leur statistique ; le premier cinq hystérectomies abdominales totales sans décès ; le second neuf hystérectomies abdomino-vaginales avec deux morts. — La plus grande partie des chirurgiens insistent sur la difficulté que présente le plus souvent la ligature des artères utérines.

Quelques jours après, Delagénière (3) (du Mans), fait une communication sur une deuxième série de 10 nouveaux cas d'hystérectomie abdominale totale, pratiquée par son procédé et terminés tous par la guérison.

Les communications sont de même très nombreuses au Congrès de Chirurgie de 1895. — Péan (4) soutient de plus en plus l'hystérectomie abdomino-vaginale contre l'hystérectomie abdominale totale.

Le Bec (5) communique un procédé d'hystérectomie abdom. totale par ligatures. Ce procédé avait été déjà décrit dans la thèse de son élève Guinebertière (6), en 1894.

Moulonguet (7), Delaunay (8), Goullioud (9) signalent de nouveaux cas d'Hystérectomies totales, faites par eux, et font ressortir, de plus en plus, les avantages de cette opération.

Au Congrès de Genève de 1896, Delagénière (10) (du

(1) Tuffier. (*Soc. de chirurgie*, 5 juin 1895).
(2) Championnière (*ibid*, 19 juin).
(3) Delagénière. (*ibid.*, 3 juillet).
(4) Péan. (*Congrès de chirurgie*. Paris 1895).
(5) Le Bec. (*ibid*).
(6) Guinebertière. Contribution à l'étude de l'ablation de corps fibreux de l'utérus (Hystérectomie abdominale totale). (*Thèse* de Paris, 1894).
(7) Moulonguet. (*Congrès de chirurgie*, Paris, 1895).
(8) Delaunay; (*ibid*).
(9) Goullioud. (*ibid.*).
(10) Delagénière. (*Congrès de gynécol. de Genève*. Sept. 1896).

Mans) revient sur le procédé qu'il avait déjà décrit dans les *Archives provinciales de Chirurgie* de 1894. Il indique les modifications qu'il lui a fait subir, surtout en ce qui concerne l'hémostase des vaisseaux utérins. — La statistique, à ce moment, est de 30 hyst. abd. totales avec 2 morts.

Doyen (1), de son côté, décrit un nouveau procédé d'hystérectomie totale, complètement différent de celui publié dans les *Archives provinciales de Chirurgie* en 1892. Le nombre d'opérations faites par Doyen, à l'aide de ce nouveau procédé, est de 35 cas, avec 1 seul décès.

Il reste, pour terminer cet historique, à signaler les nombreuses communications faites au Congrès de Chirurgie de 1896, à la Société de Chirurgie cette année et au dernier Congrès de Chirurgie.

Parmi les communications faites au Congrès de 1896, il faut citer celle de M. Terrier (2), qui porte, sur 7 hystérectomies abd. totales, faites d'après un procédé qui serait, d'après cet auteur, une modification du procédé de Delagénière.

M. Pozzi (3) se déclare partisan du procédé de Doyen, avec des légères modifications ; pour lui, ce procédé doit être préféré aux autres, car il met en garde contre les deux grands dangers de l'hystérectomie totale, c'est-à-dire l'hémorrhagie et la blessure des uretères.

MM. Poirier (4), Delbet (5), Montprofit (6) donnent en

(1) Doyen. *Congrès de Gynécol.* Genève. sept. 1896.
(2) Terrier. (*Congrès de Chirurgie.* Paris 1896).
(3) Pozzi. (*ibid.*).
(4) Poirier. (*ibid.*).
(5) Delbet. (*ibid.*).
(6) Monprofit. (*ibid.*).

détails leur manière de faire et apportent à l'appui leurs statistiques respectives.

La communication de M. Ricard (1), importante à plusieurs points de vue, présente une statistique de 40 hystérectomies abd. totales avec 3 morts.

Goullioud (2) (de Lyon) recommande d'extirper la partie supérieure du vagin avec l'utérus, après avoir placé deux pinces sur le vagin, de telle sorte qu'on évite ainsi toute infection venue du vagin lui-même ou de l'utérus.

Enfin, la dernière discussion qui s'est engagée cette année-ci à la Société de Chirurgie, à la suite d'une nouvelle communication de M. Richelot (3), a remis de nouveau en lumière les avantages de l'hystérectomie abd. totale.

Presque tous les chirurgiens abandonnent les manœuvres vaginales et reviennent à l'hystérectomie abdominale pure ; celle qui forme l'objet de ce travail.

M. Richelot qui, dans son premier procédé, faisait l'hémostase des ligaments larges avec des pinces introduites par le vagin, fait actuellement des ligatures ; il ferme complètement le péritoine pelvien, sans faire de drainage.

MM. Reynier (4), Reclus (5), Nélaton (6), combattent le procédé de Richelot et se déclarent partisans du procédé de Doyen avec légères modifications en ce qui concerne le drainage vaginal.

(1) Ricard. *Congrès de Chirurgie*, Paris, 1896.
(2) Goullioud. (*ibid.*).
(3) Richelot. (*Société de Chir.* 16 juin 1897).
(4) Regnier. (*ibid.*), 7 juillet).
(5) Reclus. (*ibid.*).
(6) Nélaton. (*ibid.* 28 juillet).

M. Segond (1) qui, à la suite d'un voyage en Amérique, a eu l'occasion de voir le procédé américain de Kelly, pratiqué par son auteur, le décrit devant la Société de Chirurgie, le 21 juillet 1897, avec les modifications qu'il lui a fait subir. — M. Segond fait ressortir les avantages de ce dernier procédé et de celui de Doyen et soutient qu'ils sont de beaucoup supérieurs aux autres procédés signalés jusqu'ici.

Enfin, M. Hartmann (2) communique sa manière de faire, qui est une combinaison du procedé américain et du procédé de Doyen.

Au Congrès de Chirurgie de cette année-ci, M. Terrier (3), présente les dernières hystérectomies abdominales totales, qu'il a faites depuis sa dernière communication au Congrès de 1896. — Il se sert toujours du même procédé opératoire et se déclare contre le drainage vaginal.

M. Doyen (4) revient sur son procédé et montre les avantages qu'on a à aborder le vagin par le cul-de-sac postérieur.

M. Jonnesco (5) décrit sa manière de faire ; il supprime complètement les pinces, et lie les utérines après les avoir isolées.

Enfin, pour terminer, il nous faut citer la communication de M. Monprofit (6), qui se déclare partisan de l'hystérectomie abdominale totale, même pour les petits fibormes ;

(1) Segond. (*Société de Chirurgie*, 21 juillet).
(2) Hartmann. (*ibid.*).
(3) Terrier. (*Congrès de Chir.* Paris 1897).
(4) Doyen. (*ibid.*).
(5) Jonnesco. (*ibid.*).
(6) Monprofit. (*ibid.*).

la voie vaginale étant, d'après lui, inférieure à la voie abdominale. — Cette manière de voir est combattue au même Congrès, par M. Bouilly, et approuvée par M. Hartmann.

CHAPITRE II

INDICATIONS OPÉRATOIRES DES FIBROMES DE L'UTÉRUS

Pendant longtemps les tumeurs fibreuses de l'utérus ont été considérées comme des tumeurs bénignes, ayant la propriété de diminuer après la ménopause.

Tous les anciens chirurgiens étaient de cette opinion, qui est devenue en quelque sorte classique. Actuellement on peut observer une réaction en sens contraire ; et beaucoup de chirurgiens arrivent à considérer comme dangereuse toute tumeur fibreuse, même du volume le plus insignifiant.

Quant à la ménopause, au lieu de faire rétrograder les tumeurs fibreuses, elle aurait une action toute contraire, elle les fait augmenter et surtout elle leur fait subir la dégénérescence maligne.

Verneuil (1) a toujours été le défenseur de l'idée, que les fibromes utérins sont des tumeurs bénignes, qui sont très bien supportées par les malades, même quand le volume du fibrome dépasse le volume de la tête.

(1) Verneuil. (*Congrès de Chir.* Paris, 4 avril 1893).

Au Congrès de Chirurgie de 1893, il soutient cette opinion, et montre que la mort des malades, causée directement par les fibromes, est l'exception.

De plus, la ménopause constitue pour lui un facteur de la plus grande importance, en ce qui concerne le développement des tumeurs fibreuses. Presque toujours ces tumeurs diminuent après l'âge critique. Spencer Wels admettait même que les fibromes utérins disparaissent au moment de la ménopause.

D'autres chirurgiens, comme Duncan (1), Thornton (2), Wallace (3), sont absolument du même avis. Les malades, d'après ces auteurs, ne meurent pas des fibromes utérins. La plus grande partie de ces tumeurs n'ont besoin d'aucun traitement; tout au plus d'après Boldt (4), la sixième partie à peine des fibromes utérins, nécessite une intervention chirurgicale.

Kœberlé (5), qui partage en grande partie les opinions que Verneuil a soutenues devant le Congrès de Chirurgie de 1893, montre que souvent des tumeurs fibreuses volumineuses deviennent dures et restent stationnaires, quand on approche de la ménopause. Il faut donc se bien garder d'intervenir chirurgicalement dans ce cas.

Cette opinion est attaquée au même Congrès par Péan, Doyen, Jacobs, etc.

(1) Mathews Duncan. (*Congrès intern. de Londres*, 1881).
(2) J. K. Thornton. The treatment of fibromyoma uteri. (*British. med. Jour.* p. 281, 1893).
(3) Wallace. Notes on the Evolution of treatment of uterine fibroids in the Thornton ward, Liverpool Royal infirmery (*British. med. Jour.* p. 1284, 1896).
(4) Boldt. (in *Thèse* Le Moniet).
(5) Koeberlé. (*Congrès de Chir.* Paris, 4 avril, 1893).

Pour Péan (1), la menopause ne doit pas entrer en ligne de compte pour retarder l'opération, « la ménopause est un âge critique et non un âge bienfaisant » dit cet auteur. Dans la statistique qu'il communique au Congrès, il montre qu'il a dû intervenir sur 110 malades, âgés de plus de quarante ans, atteintes de fibromes. L'intervention dans ce cas était indiquée, les fibromes, au lieu de diminuer, ayant tendance à augmenter de volume.

En ce qui concerne le volume, Péan admet que : « lors même que les fibromes de l'utérus ne sont pas très volumineux, ce sont des tumeurs dangereuses qui donnent souvent lieu à des complications graves et qui doivent être opérées dès qu'elles sont reconnues. L'ablation de ces tumeurs est peu dangereuse, lorsqu'elle est pratiquée de bonne heure ».

Doyen (2) et Jacobs (3) (de Bruxelles) partagent l'opinion de Péan. D'après eux, la ménopause n'a, le plus souvent, aucune influence sur les fibromes utérins; tout au contraire pour Jacobs, les fibromes subissent, le plus souvent, après l'âge critique, la dégénérescence maligne.

Jacobs va même plus loin, et devant la Société Belge, de Gynécologie (4), est venu soutenir que les fibromes de l'utérus sont des tumeurs malignes, dont l'extirpation immédiate est indiquée.

Cette opinion de Jacobs est combattue par Dorff (5) devant la même Société. Cet auteur admet qu'après la ménopause les fibromes diminuent ; quant à leur trans-

(1) Péan. *Congrès de Chirurgie*, Paris, avril 1893.
(2) Doyen. (*Congrès de Chir.* Paris, 4 avril 1893).
(3) Jacobs. (*ibid.*).
(4) Jacobs. (*Soc. Belge de Gynécol. et d'Obstet.* 1896).
(5) Dorff. (*ibid.*).

formation en tumeurs malignes, rien n'est moins prouvé. Dorff cite l'opinion de Sanger (de Leipzig) qui, la Société de Gynécologie de Leipzig, le 17 février 1896, a émis l'opinion suivante : « Il est constaté d'une façon absolue, que la plupart des fibromes, même d'une grandeur considérable, n'augmentent plus après la ménopause ; qu'ils deviennent souvent plus petits et même peuvent disparaître, au point de ne pas être reconnaissables au toucher », quant « à la dégénérescence des fibromes en myosarcomes, ou en sarcomes, après la cessation des règles, cela constitue l'extrême rareté ».

Malgré ces données de Dorff et de Sanger, Jacobs est venu de nouveau affirmer, quelques jours après (1), devant la même Société de Gynécologie, « qu'il n'a jamais vu disparaître les tumeurs fibreuses, après la ménopause, soit naturelle, soit provoquée par la castration ovarienne bilatérale ». En ce qui concerne la dégénérescence des fibromes, il montre que, sur 171 opérations personnelles, il a observé 57 cas de dégénérescence. A l'appui de sa communication, Jacobs cite la stastitique de A. Martin qui, sur 201 cas de fibromes, a observé 60 fois la dégénérescence.

A propos de cette influence si discutée de la ménopause sur les fibromes de l'utérus, nous devons signaler que la même opinion a été émise par Cullingworth (2), devant la Société obstétricale de Londres, le 4 mars 1896. Pour lui, la ménopause, loin d'améliorer ou diminuer les fibromes, contribue à leur transformation maligne.

(1) Jacobs. (*Bulletin Soc. Belge de Gynéc. et d'Obst.*, p. 12, 1897).
(2) Cullingworth. (*British. méd. Jour.*, 14 mars, 1896).

De même, Bowreman, Jesset (1) soutient qu'il faut opérer les fibromes de bonne heure, la ménopause ayant une action néfaste sur ces tumeurs.

Pour Lauwers (2), « l'âge critique est redoutable pour les femmes qui souffrent de myomes utérins. C'est à partir de l'âge de 45 jusqu'à 60 ans, que les hémorrhagies redoublent d'abondance et de fréquence, que les myomes augmentent de volume, subissent la transformation kystique, la dégénérescence sarcomateuse ou cancéreuse. » La dégénérescence maligne des fibromyomes utérins est aussi admise par Schrœder, A. Martin (3), Johnson (4), Anderson (5), Clarek (6), etc.

Si nous résumons les opinions des chirugiens, que nous venons de signaler, nous voyons que les idées ont complètement changé, en ce qui concerne l'action de la ménopause sur les fibromes, et la bénignité de ces tumeurs.

La ménopause, qui constituait auparavant un facteur plutôt bienfaisant dans la marche des fibromes, est devenue actuellement, pour une grande partie des chirugiens, un facteur sinon dangereux, au moins sans aucune influence favorable, et sur lequel il ne faut pas compter.

Quant à la bénignité des fibromes, sans admettre une opinion excessive, comme celle de Jacobs, qui considère

(1) B. Jessett. (*British. med. Jour.*, 26 déc., 1896).
(2) Lauwers (*Bull. de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.* p. 49. 1897).
(3) A. Martin. Traité clinique des maladies des femmes. Trad. franç.
(4) Johnson. (*Annals. Gyn. and. Ped. Fevr.*, 1892).
(5) Anderson. On the Surgical treatment of uterine fibroids, with the report of two cases of successful Abdomino-uterectomy (*Med. record.* p. 100. Janv. 1895).
(6) Clarek. (*Congrès intern. de Moscou.* Août 1897).

les fibromes comme des tumeurs malignes (1); beaucoup de chirugiens insistent sur la dégénérescence que ces tumeurs peuvent présenter avec l'âge.

Et vraiment, en ce qui concerne l'influence de l'âge critique sur les les fibromes, nous croyons qu'il faut en rabattre des anciennes opinions.

Il est certain qu'on peut observer des malades, dont les fibromes restent stationnaires après la menopause, mais ceci n'est pas la règle. Combien de fois n'avons nous pas vu des hémorrhagies abondantes et fréquentes, chez les femmes atteintes de fibromes et qui ont dépassé l'âge critique. Ces femmes s'anémient présentent des troubles de compression, et au lieu de voir le fibrome diminuer après la ménopause, on le voit augmenter progressivement et on est forcé d'intervenir.

Du reste si on examine les statistiques concernant les fibromes, on voit qu'au moins dans le tiers des cas, l'intervention porte sur des femmes ayant dépassé la quarantaine.

Dans une statistique publiée par Irish (2) ; et qui porte sur 94 cas de fibromes, ayant nécessité l'intervention chirurgicale, 43 fois il s'agissait de femmes agées de 42 à 50 ans.

Demantké (3), dans sa thèse, soutient la même opinion. On observe assez fréquemment des malades, dont les tumeurs flibreuses ont commencé à être apréciables « à la fin de leur période génitale active ». Au moment de la ménopause, ces tumeurs subissent de nouvelles poussées

(1) A. Tuttle. Fibroid tumours of the uterus, voghen and how to operate. (*Jour. of the American*. Med. Assoc. p. 246. Août 1896).
(2) Irish. (*American, Jour. of Gynec.* and Obst. Déc. 1894).
(3) Demantké. (*Thèse* citée, p. 21).

aiguës, augmentation de volume, douleurs, phénomènes de compression, hémorrhagie, etc. ».

Dans la thèse de Diriart (1), nous trouvons les mêmes idées : « souvent des fibromes qui, jusqu'à 30 et 40 ans ne s'accompagnaient que de phénomènes insignifiants, donnent des signes alarmants, à partir de la ménopause ».

Quoiqu'il en soit, la ménopause ne doit pas être prise en grande considération pour faire retarder l'intervention ; il y a bien d'autres facteurs qui ont plus d'importance, et qui font que l'intervention n'est pas toujours nécessaire.

La deuxième question, celle de la transformation des fibromes en tumeurs malignes, est plus difficile à trancher. Ici aucune donnée bien précise; il y a des tumeurs fibreuses qui restent bénignes pendant longtemps, ne produisent aucun trouble, n'augmentent pas, etc ; mais qui, à un moment donné, « se réveillent avec une extraordinaire rapidité » comme dit M. Quénu (2).

Faut-il déduire de là qu'il faut toujours intervenir, même quand la tumeur est insignifiante et qu'elle paraît avoir une marche tout à fait bénigne. Nous ne le croyons pas, malgré l'avis de M. Péan (3), qui recommande d'enlever tous les fibromes, même les plus petits, « car ils sont incompatibles avec la vie » !

Cette opinion paraît exagérée, de même que celle d'Otto Engstroem (4), qui soutient que « malgré qu'au point de

(1) Diriart. Trait. des Fibromes utérins par l'Hyst. Abd. totale (Technique de M. Routier) (*Thèse* de Paris, 1897).

(2) Quénu. L'hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes (*Semaine gynécol.*, 10 mars 1896).

(3) Péan. Les fibromes utérins (*Annales de Gyn. et d'Obst.* Nov. 1895).

(4) Otto Engstroem. Mitheilungen aus der Gyn. Klinik des prof. Otto Engstroem. p. 1. 1897.

vue anatomo-pathologique, on puisse considérer les fibromes comme des tumeurs relativement bénignes, leur extirpation s'impose toujours ».

Donc l'intervention est contre indiquée, toutes les fois qu'il s'agit de petits fibromes, qui ne donnent aucun trouble bien marqué, pas d'hémorrhagie, pas de douleur. Dans ces cas il faut attendre, surveiller attentivement la tumeur et, à la moindre tendance d'augmentation de volume, intervenir,

Faut-il agir de même avec les grosses tumeurs, qui paraissent avoir une marche lente et qui, pendant longtemps sont très bien supportées ?

Il est incontestable que, dans ce cas, malgré cette marche torpide de la tumeur, à un moment donné ces fibromes peuvent devenir le point de départ d'accidents très graves, comme : compression sur les uretères d'où urémie, phlébites, embolies, etc. L'opportunité de l'intervention doit être discutée dès qu'on s'aperçoit de l'existence d'une pareille tumeur.

Nous venons de voir que l'indication d'intervenir peut être retardée, quand la tumeur ne donne aucun trouble, quand son volume n'est pas excessif et qu'elle est bien supportée ; mais ceci est tout à fait l'exception.

Dans la majorité des cas même, des tumeurs d'un volume insignifiant peuvent s'accompagner de troubles plus ou moins graves, qui doivent décider de l'intervention.

L'intervention doit se faire toutes les fois qu'il y a :

a). **La moindre tendance à l'accroissement de la tumeur**. Tous les auteurs ont insisté sur cette indication.

Kœbèrlé, au Congrès de Copenhague, Vautrin (1), Bouilly (2), etc., considèrent cette indication comme une des plus importantes ; car les troubles de compression, douleur, phlébite, urémie, etc., dérivent directement de ce développement rapide de la tumeur. De plus, à mesure que la tumeur augmente de volume, les altérations des organes à distance sont plus fréquentes; les altérations du cœur apparaissent (3) (hypertrophie, dilatation cardiaque) ; le foie (4), les reins (5), peuvent subir des désordres plus ou moins graves.

Donc, l'indication d'intervenir dans ce cas est absolument formelle.

L'intervention est d'autant plus urgente, que le développement de la tumeur paraît plus rapide.

b). **Les hèmorrhagies,** sous forme de métrorrhagies ou ménorrhagies, constituent une deuxième indication sur laquelle tous les chirurgiens sont d'accord.

Retarder l'opération dans ce cas, même quand les pertes de sang ne sont pas trop abondantes, c'est s'exposer à voir, à un moment donné, une de ces hémorrhagies qui épuisent et anémient la malade, à tel point que l'intervention n'est plus praticable, l'état général étant détestable.

Il vaut mieux intervenir de bonne heure, une fois que la malade accuse du changement dans les règles, que

(1) Vautrin. Du traitement chirurgical des myomes. (*Thèse* d'Agr. 1886).
(2) Bouilly. (*Congrès de Chir.* Paris, 4 avril 1893).
(3) Hofmeier. Zur Lehre von Shock (Zeitschr. f. Jeb. und Gyn. p. 366, 1885).
(4) Bantock. (*British. Gyn. Jour.* p. 84 1887).
(5) Pozzi. De la valeur des altérations du rein, consécutives aux corps fibreux de l'utérus, pour les indications et le pronostic de l'hystérectomie. (*Ann. de Gynecol. et d'Obst.* Juillet 1884).

celles-ci durent 8-10 jours, ou qu'elle perd dans l'intervalle des règles ; le diagnostic de fibrome étant, bien entendu, bien posé.

L'approche de la ménopause ne doit pas être prise en considération ; nous avons vu ce qu'il faut penser à cet égard, malgré l'avis de Kœberlé qui, au Congrès de Copenhague, avait admis qu'il faut intervenir seulement quand la malade est éloignée de l'époque de la ménopause.

La leucorrhée abondante et fétide, qui s'observe quelquefois dans les fibromes, peut constituer une indication, quand, par sa quantité et son odeur, elle incommode la malade.

c). **Les phènomènes de compression** produits par la tumeur, forment une indication aussi formelle que les deux autres que nous venons de décrire.

La compression sur les plexus et les douleurs intolérables que les malades atteintes de fibromes accusent, doivent décider de l'intervention. Si on retarde, au fur et à mesure que la tumeur se développe, les douleurs deviennent plus atroces ; les tiraillements lombaires, les névralgies réflexes, les douleurs expulsives, les douleurs sciatiques qui deviennent excessivement pénibles au moment des règles, épuisent la malade et lui rendent la vie absolument intolérable.

La compression sur la vessie, sur le rectum peut être la cause de troubles graves ; la dysurie, la cystite, la constipation opiniâtre sont fréquentes.

Il en est de même de la compression sur les uretères et M. Pozzi admet « que la crainte de cette redoutable

complication doit constituer une puissante indication opératoire » (1). Pour lui, un grand nombre des décès attribués aux interventions pratiquées doivent être mis sur le compte des lésions rénales ; par contre, combien d'hydronéphroses, de pyélites, d'albuminuries légères ne sont pas guéries, après avoir levé l'obstacle formé par le corps fibreux qui comprime les uretères.

La compression sur les vaisseaux et les phlébites, les embolies, l'ascite, qui en sont le résultat direct ou indirect, sont écartées, si l'intervention est décidée de bonne heure, une fois qu'on s'aperçoit du développement progressif de la tumeur.

En ce qui concerne l'ascite, Bouilly, Vautrin et la plus grande partie des chirurgiens la considèrent comme une indication formelle; pour Kœberlé, au contraire, l'ascite est une contre-indication.

d). **Les fibromes volumineux** constituent une gêne, une infirmité pour la malade. qui lui rendent tout travail pénible. Ils sont incompatibles avec les exigences de la vie ordinaire (Bouilly). Il faut donc les enlever.

e) **Les fibromes qui favorisent les lésions des annexes ;** les salpingo-ovarites forcent la main du chirurgien et l'obligent à intervenir de bonne heure. Ces lésions annexielles produisent des adhérences, de la péritonite, qui aggravent l'état de la malade si on retarde trop l'intervention. MM. Péan. Bouilly, etc., ont insisté, au Congrès de 1893, sur ces complications.

f). **La dégénérescence des fibromes** constitue une indication sur laquelle on ne discute plus actuellement. —

(1) Pozzi. (Traité de Gyn. 3e Edit. p. 272).

Les transformations kystique, sarcomateuse, etc., qui s'observent dans les fibromes, doivent décider de l'intervention, avant que les lésions soient trop étendues.

Il en est de même du sphacèle ou de la gangrène du fibrome ; et dans ce cas le choix de l'intervention a une très grande importance, comme nous le verrons plus tard.

g) **Les fibromes accompagnés de cancer du col** doivent être enlevés le plus tôt possible, avant que la lésion néoplasique ait envahi les organes voisins.

h)**Les fibromes dont la présence est une cause de stérilité pour la femme**, même s'ils ne s'accompagnent pas, des troubles nécessitant une intervention immédiate, peuvent, dans quelques cas bien déterminés, décider le chirurgien à intervenir.

Il en est de même des fibromes dont le volume peut être une cause d'avortement, ou qui peuvent rendre un accouchement laborieux ou dangereux.

En somme, les indications opératoires des fibromes peuvent être résumées de la manière suivante :

Il faut conseiller l'intervention toutes les fois que la tumeur est volumineuse, qu'elle tend à progresser, ou qu'elle produit des troubles qui influent sur l'état général de la malade.

Il ne faut pas oublier, comme le dit M. Bouilly, que malgré le perfectionnement de l'asepsie et de la technique opératoire, le traitement chirurgical des fibromes présente encore des difficultés et des dangers avec lesquels il faut compter.

Nous venons de voir les indications, quelles sont les contre-indications ?

Actuellement ces contre-indications sont tout à fait limitées. Elles se tirent de l'état général de la malade et de la bénignité de certains fibromes.

Les adhérences, l'enclavement de la tumeur, son volume trop grand, l'approche de la ménopause, etc., que Kœberlé et d'autres chirurgiens avaient admis comme contre-indications opératoires, il y a quelques années, ne constituent plus, à l'heure actuelle, des contre-indications.

Les adhérences sont détachées. Le gros volume de la tumeur, au lieu de constituer une contre-indication, est au contraire une raison d'opérer.

L'enclavement de la tumeur dans le petit bassin, pouvait constituer une très grande difficulté quand on faisait l'hystérectomie à pédicule, mais actuellement que l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale totale, ont remplacé les anciennes méthodes, cette contre-indication n'a plus sa raison d'être.

Il reste, comme nous venons de l'indiquer, deux seules contre-indications : Le mauvais état général de la malade et la bénignité de certains fibromes.

L'état général mauvais de la malade peut faire retarder l'opération, ou même la contre-indiquer absolument.

Si la femme, en dehors de son fibrome, se trouve dans un état d'anémie et de faiblesse excessives, ou qu'elle présente une affection générale grave, comme tuberculose, cancer, diabète, mal de Brigth, etc., ou que l'état de son cœur soit tel que l'opération puisse devenir dangereuse, il est bien entendu qu'il ne peut y avoir d'hésitation ; l'intervention chirurgicale est formellement contre-indiquée.

Pourtant, dans quelques-uns de ces cas, en améliorant l'état général de la malade, on peut intervenir.

L'anémie, le diabète, traités, peuvent rétrocéder, et, l'état général de la malade le permettant, l'intervention peut être discutée.

L'âge trop avancé (1), sans être une contre-indication formelle, doit être pris en considération ; dans ce cas on doit s'abstenir, toutes les fois que le fibrome ne met pas en danger la vie.

Il en est de même des fibromes qui ne donnent lieu à aucun accident, benins en quelque sorte, qui ne troublent en rien l'état général de la malade. Dans ce cas, intervenir chirurgicalement ce serait exposer la malade à une opération qui peut être dangereuse et qui en somme est inutile.

(1). W. Edwards. Pan-Hystérectomy for fibroid in aged Women. (*The American Jour. of Obst.* p. 361, sept. 1896).

CHAPITRE III

CHOIX DE L'INTERVENTION OPÉRATOIRE DANS LES FIBROMES UTÉRINS

Dans le chapitre précédent, nous avons montré quelles sont les indications qui forcent le chirurgien à intervenir dans le cas des fibromes de l'utérus. — Nous avons insisté sur les cas où l'intervention chirurgicale n'est pas nécessaire, soit qu'il s'agisse de fibromes qui ne donnent aucun trouble bien marqué, soit qu'on ait affaire à des malades âgées, affaiblies, cachectiques, qui se trouvent dans l'impossibilité absolue de supporter une opération.

Il reste une troisième catégorie de malades, qui ne se décident que difficilement à se faire opérer ; ce sont des malades chez lesquelles les fibromes présentent très peu de symptômes : quelques légères douleurs, les règles très peu augmentées, et quelquefois des pertes en rouge, insignifiantes dans l'intervalle. Dans ce cas, l'opération est difficilement acceptée par la malade et on est obligé d'avoir recours à un traitement médical. Le repos, les injections vaginales chaudes, le traitement par les eaux chlorurées sodiques, peuvent rendre des services appréciables. De

même nous avons pu apprécier, pendant l'année durant laquelle nous avons eu l'honmeur d'être l'interne de M. Championnière, l'action bienfaisante de la poudre de Rue et de Sabine sur quelques légères métrorrhagies consécutives à des petits fibromes utérins.

Mais il faut bien le dire, le plus souvent tous ces moyens de traitement ne servent à rien, le fibrome devient de plus en plus grand, la malade s'anémie par les pertes de sang, qui souvent sur trente jours du mois, la tiennent au lit 15 ou 20 jours consécutifs, sinon d'avantage.

On doit donc, autant que possible, se décider de bonne heure à l'intervention et ne pas espérer beaucoup des moyens médicaux.

Nous pouvons en dire autant du traitement électrique des fibromes ; avec cette seule différence que, dans ce dernier cas, on risque beaucoup d'aggraver la situation.

Il est incontestable que, dans quelques cas bien déterminés, on peut observer de légères améliorations, en ce qui concerne les hémorrhagies ; mais, si l'on considère les complications que les courants électriques produisent du côté des fibromes et du côté des annexes, les adhérences péritonéales qui sont la règle, rendant plus tard l'opération très difficile, on doit rejeter cette méthode qui est loin d'avoir fait ses preuves.

En somme, les indications opératoires une fois bien posées, il faut se décider à intervenir.

On peut agir sur les fibromes de trois manières différentes :

(a). *En extirpant les annexes ou en liant les vaisseaux utérins.*

(b). *En extirpant le fibrome lui-même.*

(c). *En extirpant le fibrome avec l'utérus.*

Dans le premier cas, nous avons: 1) la castration et 2) la ligature des artères utérines; par ces opérations, on agit indirectement sur le fibrome. Dans la deuxième catégorie, nous avons : 3) l'extirpation des polypes par le vagin, 4) l'énucléation vaginale et transvaginale, 5) la myomectomie abdominale et 6) l'énucléation intra-péritonéale. En faisant ces opérations, on extirpe le fibrome en totalité par l'une ou l'autre, voie sans pourtant rien enlever de l'utérus.

Enfin dans le troisième groupe il faut placer : 7) l'hystérectomie vaginale et 8) l'hystérectomie abdominale. Cette dernière opération se divise elle-même en *a*) hystérectomie abdominale partielle, *b*) hystérectomie abdominale totale et *c*) hystérectomie par les deux voies abdominale et vaginale combinées.

Nous allons passer en revue, très brièvement, toutes ces opérations, pour nous arrêter plus longuement à l'hystérectomie abdominale totale ; celle qui fait l'objet de notre travail.

1). **La castration pour fibromes de l'utérus** a été employée il y a quelques années ; actuellement elle est tombée complètement en discrédit ; des opérations plus radicales, dont la gravité n'est pas plus grande, l'ayant remplacée.

Lawson Tait (1), qui paraît être le premier chirurgien

(1). Lawson Tait. (*Britsh. med. Jour*, 27 mars 1897).
Pour M. Pozzi, malgré la revendication de Lawson Tait, c'est Trenholme à qui revient le mérite d'avoir fait la première castration pour Fibrome. (Traité de Gyn. 3e édit. p. 373).

ayant fait la castration pour fibromes utérins, est toujours partisan de cette opération, surtout quand il s'agit de fibromes durs, multinodulaires, et quand l'hystérectomie supra-vaginale n'est pas indiquée.

Cette manière de voir de Lawson Tait, n'est pas admise par la majorité des chirurgiens actuels. Pourtant il n'y a pas longtemps, la castration passait pour une très bonne opération ; et des chirurgiens comme Bouilly, Terrillon, Hegar, etc., en étaient partisans.

M. Bouilly, au Congrès de 1893, montre les indications de la castration et les bons résultats qu'elle donne. La castration, pour lui, est indiquée quand on a affaire à des hémorrhagies qui durent dix à quinze jours, ou même trois à cinq jours, mais étant alors abondantes et inquiétantes et se montrant surtout au moment des règles. Par contre, l'hémorrhagie qui apparaît dans l'intervalle des règles et qui est marquée par un léger suintement sanguin, signifie que le fibrome est devenu sous-muqueux, et dénote, qu'il faut avoir recours à l'extirpation du fibrome, la castration étant insuffisante.

La castration est encore indiquée, d'après M. Bouilly, quand il s'agit de fibromes accompagnés de douleurs ; ces douleurs cessent une fois que les annexes sont enlevées, car le plus souvent elles sont dues à la lésion des annexes.

Enfin comme dernière indication de la castration, M. Bouilly donne la consistance de certains fibromes. Quand le fibrome est dû à la palpation la castration est indiquée, car il s'agit dans ce cas de fibromes interstitiels. Au contraire les fibromes descendus dans la cavité uté-

rine, donnent une consistance mollasse à l'utérus et sont justiciables de la myomectomie vaginale. M. Routier (1) admet aussi la castration dans les cas de fibromes hémorrhagiques : il en est de même de Delagénière (2) (du Mans), qui soutient qu'il faut faire la castration dans le cas « de petites fibromes, chez les femmes jeunes, et dont le symptôme prédominant est l'hémorrhagie ».

Terrillon avait admis qu'il fallait faire la castration toutes les fois que la cavité utérine ne dépassait pas 17 centimètres.

Nous ne pouvons pas insister davantage sur les diverses indications que les partisans de la castration ont données. Il suffit de dire seulement qu'actuellement cette opération, n'a plus la vogue d'autrefois, et qu'elle n'est plus employée que dans des cas rares, où les autres méthodes de traitement de fibromes utérins ne sont pas indiquées, ou ne sont pas applicables.

Du reste M. Pozzi, qui a été pendant longtemps partisan de la castration, la considère actuellement (3) comme un pis-aller ; il l'abandonne pour l'hystérectomie vaginale, la castration « étant presque aussi grave et sûrement moins efficace que cette dernière ».

MM. Segond (4), Richelot (5) Jacobs (6), etc., sont contre la castration ; ils lui préfèrent les autres méthodes de traitement plus radicales.

(1) Routier. (*Congrès de Chir.* Paris, 1893).
(2) Delagenière. (*ibid*).
(3) Pozzi. (*ibid*) et (*Traité de Gyn*, 3° édit., p. 314).
(4) Segond (*ibid*).
(5) Richelot. (*ibid*) et (*Annales Gyn. et de d'Obst.* p. 538, 1893).
(6) Jacobs (*ibid*).

M. Reclus (1) « considère la castration comme une opération utile, mais il ne croit pas à son avenir ». Même quand la malade présente des douleurs et des métrorrhagies, l'hystérectomie vaginale lui est de beaucoup préférable, « car il est tentant de pratiquer une opération radicale, de ne plus avoir à craindre les poussées nouvelles, les récidives, les compressions que peut exercer la tumeur laissée dans le ventre, de tarir les hémorrhagies qu'on voit persister parfois quelques mois encore après la castration ».

Pour Noble (2), après la castration, les malades ont une convalescence plus longue qu'après l'hystérectomie ; quant à la mortalité qu'elle produit, il n'y a pas de différence avec celle de l'hystérectomie.

2) **La ligature des artères utérines** a été préconisée, dans ces derniers temps, comme moyen de traitement des fibromes, par Martin (de Chicago), en Amérique (3), et par Gottschalk, en Allemagne.

Cette ligature des utérines par le vagin ne peut s'adresser, comme le dit Boldt, qu'à un nombre de cas très restreints. Polk, sans combattre cette opération qui peut avoir quelques indications, se demande si la ligature des artères utérines ne pourrait pas produire quelquefois la nécrose de l'utérus.

En tout cas, cette opération est trop récente, pour qu'on

(1). Reclus. Traitement des Fibro-myomes utérins. (*Bull. Méd.* Janv. 1894).

(2) Noble. (*British Gyn. Jour.* p. 48 Mai 1897) et *Trad. in Ann. de Gyn. et d'Obst.* Juillet, 1897).

(3). Goelet. Technique of vaginal ligation of the Uterine arteries for Uterine Fibromata (*Méd. Record*, 6 mars 1897) et (*Amer. Gyn. and Obst. Jour.* Fevr. 1897).

puisse porter sur elle un jugement précis, mais il est presque certain qu'elle n'aura jamais une grande importance.

3) **L'extirpation des polypes par la voie vaginale** présente des indications spéciales sur lesquelles tous les chirurgiens sont d'accord. Il est certain que toute tumeur fibreuse de l'utérus, qui proémine dans le vagin, doit être extirpée directement: Il en est de même pour les tumeurs qui sont encore dans la cavité utérine : on les enlève après avoir dilaté ou incisé le col.

4) **L'Enucléation vaginale** indiquée par Velpeau et pratiquée pour la première fois par Amussat, est une opération délaissée actuellement surtout depuis l'hystérectomie vaginale. Elle ne trouve ses rares indications que dans les cas de fibromes du col et dans quelques petits fibromes sous-muqueux du corps de l'utérus. Quant *à l'énucléation transvaginale*, elle s'adresse aux fibromes sous-péritonéaux à long pédicule, implantés sur la paroi antérieure ou postérieure de l'utérus, qui ont tendance à proéminer du côté du vagin. Cette opération est rarement pratiquée, nous n'insistons pas.

5) **La Myomectomie** s'adresse aux corps fibreux sous-péritonéaux, qui sont implantés par un pédicule sur le corps de l'utérus. Pour que cette opération soit indiquée il faut que l'utérus soit sain, qu'il ne contienne pas de tumeurs interstitielles, etc.

6) **L'Enucléation intra-péritonéale**, n'est admise que par quelques rares opérateurs, en particulier par A. Martin (de Berlin). Elle expose au danger d'ouvrir la cavité utérine et d'infecter le péritoine. De plus, il est tout à

fait exceptionnel de trouver une seule tumeur qu'on puisse énucléer ; le plus souvent l'utérus est farci de fibromes, et il est impossible de les énucléer tous. Cette opération constitue donc une intervention tout à fait exceptionnelle.

7) **L'hystérectomie vaginale** partage avec l'hystérectomie abdominale presque la totalité des fibromes de l'utérus.

En France, depuis la première opération de Péan, l'hystérectomie vaginale a pris un très grand développement ; petit à petit son domaine s'est étendu, et en commençant par l'extirpation des tumeurs grosses comme le poing, on est arrivé à donner actuellement comme limite l'ombilic.

Il n'en est pas de même à l'étranger, surtout en Amérique, où l'hystérectomie vaginale est presque inconnue, tandis que l'hystérectomie abdominale, de préférence l'hystérectomie abdominale totale, a toutes les faveurs.

Il faut dire pourtant que, même en France, on commence depuis quelques années, à pratiquer davantage l'hystérectomie abdominale, au détriment peut-être de l'hystérectomie vaginale.

Les indications de l'hystérectomie vaginale varient avec les pays et les chirurgiens, comme nous venons de le voir.

En France elle a des indications très étendues.

M. Segond (1), au Congrès de Bruxelles, soutint que « l'ablation des fibromes par l'hystérectomie vaginale est une opération merveilleuse, qui permet de s'attaquer avec succès, à toute masse fibreuse utérine ou péri-utérine, dont les limites supérieures ne népassent pas le niveau de l'ombilic ».

(1). Segond. (*Congrès Internat. de Gynéc.* de Bruxelles, 1894).

Plus tard, au Congrês de Chirurgie de 1895 (1), M. Segond émet la même opinion : « l'hystérectomie vaginale reste l'opération de choix tant que le niveau supérieur de la tumeur ne dépasse pas le point de tangence avec un plan transversal passant par l'ombilic. »

M. Péan admet, de son côté, qu'il faut enlever, par le vagin, toute tumeur utérine dont le volume ne dépasse pas « une tête de fœtus à terme ». La situation de la tumeur importe peu; qu'elle soit sessile, interstitielle, où qu'il y ait plusieurs tumeurs, il faut les enlever à l'aide de l'hystérectomie vaginale par morcellement.

La forme de la tumeur a, pour Doyen, plus d'importance que sa longueur. Cet auteur est d'avis qu'on doit extirper par le vagin, même les fibromes qui dépassent l'ombilic, quand ces fibromes ont une forme verticalement allongée; car s'ils sont sphériques et présentent 14 à 15 centimètres de diamètre transversal, il est absolument impossible de les faire passer par le vagin.

Le Moniet (2), dans sa thèse, donne encore, comme extirpables par le vagin, les tumeurs qui dépassent l'ombilic, mais qui sont constituées, soit par un fibrome kystique, susceptible de diminuer après l'ouverture du kyste, soit par un fibrome pédiculé, implanté sur un utérus fibromateux.

Quoi qu'il en soit, presque tous les chirurgiens, partisans de l'opération de Péan, donnent l'ombilic, comme limite supérieure des tumeurs extirpables par le vagin. M. Quénu (3), partage la même opinion, mais il insiste davan-

(1). Segond. Des plus gros fibromes praticiables de l'Hystérectomie vaginale. (*Congrès de Chir.* Paris, 1895). et (*Annates de Gyn et d'Obst.* Nov. 1895).

(2). Le Moniet. Hystérectomie abdominale totale et Hyst. abdomino-vaginale. (*Thèse* de Paris, 1894).

(3). Quénu. (*Semaine Gynécol.* citée).

tage sur la forme du fibrome. — Cette forme a une très grande importance, car un fibrome étalé, épais, qui remplit le bassin, n'est plus justiciable de l'hystérectomie vaginale ; au contraire, pour M. Quénu comme pour M. Doyen, si on a affaire à des fibromes allongés, même dépassant l'ombilic, leur extirpation peut encore se faire par la voie vaginale.

L'épaisseur et surtout la situation du fibrome sont considérées par M. Richelot comme plus importantes, au point de vue de l'extirpation vaginale, que l'appréciation de la limite supérieure de la tumeur et son contact avec l'ombilic. — Ce dernier point est variable, tandis que si le fibrome soulève l'utérus, même s'il n'atteint pas le détroit supérieur, l'extirpation par le vagin est impossible et il faut avoir recours à l'hytérectomie abdominale.

En dehors de la forme du fibrome, qui au point de vue de l'intervention a une très grande valeur, il faut encore avoir en vue la mobilité et la consistance de la tumeur.

Si on a affaire à une tumeur immobile, enclavée pour ainsi dire dans le bassin, et qui paraît avoir des connexions étroites avec les organes voisins, tenter l'hystérectomie vaginale, ce serait s'exposer à laisser une grande partie du fibrome dans le ventre ; ou si, malgré tout, on persiste à vouloir l'extirper, on s'expose à prolonger l'opération au delà des limites permises.

Les risques de blesser les organes qui, le plus souvent, adhèrent au fibrome, doivent être pris en considération, faire rejeter l'hystérectomie vaginale, dans ce cas, et lui préférer l'hystérectomie abdominale.

La consistance de la tumeur a aussi une très grande

importance (Quénu). Il est certain qu'un fibome d'une dureté appréciable, calcifié en quelque sorte, donnera beaucoup de peine au chirurgien, s'il veut l'enlever par le vagin, tandis que par la laparotomie l'extirpation peut se faire aisément.

Au contraire, un fibrome qui, à la palpation, paraît mou, présente beaucoup de chances d'être facilement enlevé par le vagin. On doit préférer d'autant plus, dans ce cas, l'hystérectomie vaginale à l'hystérectomie abdominale, que ces fibromes nous présentent, le plus souvent, des cavités utérines infectées. Comme M. Bouilly l'a montré, la mollesse du fibrome signifie souvent que la tumeur est sous-muqueuse, ou tout au moins, qu'elle tend à le devenir. La muqueuse utérine dans ce cas est irritée et les secrétions qui en sont le résultat, peuvent se répandre dans le péritoine, si on fait l'hystérectomie abdominale.

Nous pouvons en dire autant des fibromes kystiques, qui donnent à la palpation la sensation bien nette de fluctuation. Ces fibromes, comme les fibromes mous ordinaires, peuvent être extirpés facilement par le vagin, d'autant plus que leur volume devient insignifiant, une fois qu'on a enlevé les premiers morceaux du fibrome, et que le liquide contenu dans la cavité kystique s'est écoulé.

Les fibromes atteints de sphacèle ou de gangrène, reconnaissent les mêmes indications. En les extirpant par en bas, on ne risque pas d'infecter le péritoine. Il faut donc préférer dans ce cas l'hystérectomie vaginale à l'hystérectomie abdominale.

Il en est de même des fibromes accompagnés de cancer du col de l'utérus ; autant que possible ces tumeurs doivent être enlevées par le vagin.

En ce qui concerne les indications de l'hystérectomie vaginale, dans le cas de fibromes situés sur la face externe de l'utérus, ou en dehors de cet organe, dans les ligaments larges, on peut appliquer les mêmes principes ; tant que l'utérus est mobile et tant que la tumeur n'a pas un trop grand volume, l'extirpation vaginale est possible.

L'utérus étant refoulé en bas, ou sur les côtés, la situation est la même. Le morcellement se fera facilement. Mais il n'en est pas de même quand la tumeur repousse l'utérus en haut, cas sur lequel nous avons vu M. Richelot insister ; il est très difficile d'atteindre alors le col et d'attirer l'utérus en bas ; la tumeur s'y oppose. Il faut donc renoncer à l'hystérectomie vaginale et recourir à l'hystérectomie abdominale.

En résumé, l'hystérectomie vaginale est indiquée :

Dans le cas de fibromes allongés qui peuvent arriver jusqu'à l'ombilic.

Dans les fibromes mobiles, qui ne paraissent avoir aucune connexion avec les organes voisins, et dont les dimensions ne dépassent pas les limites déjà précisées.

Dans les fibromes sphacélés, gangrenés, ou kystiques et dans les fibromes accompagnés de cancer du col de l'utérus.

Dans les fibromes des ligaments larges, quand l'utérus s'abaisse facilement.

Les contre-indications de l'hystérectomie vaginale se tirent aisément de ce que nous venons de dire. — En ne considérant que les cas qui remplissent les conditions énoncées plus haut, nous voyons que cette opération est inapplicable quand l'utérus est farci de fibromes et pré-

sente une dureté excessive. — Comme dit M. Segond : « S'il est fort aisé de morceller en peu de temps un utérus contenant un fibrome énorme, mais unique, il peut être impossible de fragmenter sans labeur de durée excessive un utérus moins gros, mais bourré de fibromes petits et multiples ». — L'hystérectomie vaginale est encore contre-indiquée quand le vagin et la vulve sont étroits, comme chez les vierges, chez quelques nullipares et chez quelques femmes âgées. — L'extensibilité du vagin ne se prête pas et on risque de laisser l'opération inachevée.

M. Chaput (1) avait imaginé le débridement latéal de la vulve pour ces cas spéciaux, mais ce procédé n'est pas entré en pratique.

Une autre contre-indication est tirée de la situation de l'utérus, quand celui-ci est haut placé et ne descend pas, alors il faut avoir recours à l'hytérectomie abdominale.

8) **L'hystérectomie abdominale**, comme nous le verrons plus tard, peut se pratiquer de plusieurs manières différentes : soit qu'on enlève l'utérus partiellement, soit qu'on l'enlève tout entier par l'abdomen, ou par les deux voies abdominale et vaginale combinées. Nous reviendrons, dans le chapitre suivant, sur les indications spéciales à ces diverses variétés d'hystérectomie abdominale.

Pour le moment, il nous suffira de décrire les indications que l'hystérectomie abdominale elle-même présente.

Ces indications ont été signalées, en grande partie, quand nous avons parlé des indications de l'hystérectomie vaginale. Nous avons vu que l'hystérectomie vaginale, sur-

(1) Chaput. Du débridement de la vulve etc. (*Jour. de Méd.* n° 5 et n° 6. 1892) et (*Congrès de Chirurgie*, Paris, 1892).

tout si on la pratique à la manière de Péan, par morcellement, s'adresse à un très grand nombre de fibromes utérins. Ses indications en France sont assez étendues, il n'en est pas de même à l'étranger.

En Amérique, l'hystérectomie vaginale est presque inconnue, à l'inverse de l'hystérectomie abdominale, qui est d'une pratique courante et qui en somme s'adresse à la presque totalité des fibromes. On comprend par suite que le nombre des hystérectomies abdominales pratiquées par les chirurgiens américains soit considérable.

Donc les indications de cette dernière opération en Amérique, sont très étendues ; même pour les fibromes de petit volume on a recours à l'hystérectomie abdominale. En Angleterre et en Allemagne, l'hystérectomie abdominale est, de même, en très grande faveur ; ses indications, dans ces deux derniers pays, sans être si nombreuses qu'en Amérique, sont pourtant beaucoup plus étendues qu'en France.

Ainsi la plus grande partie des chirurgiens anglais ou allemands ne recommandent l'hystérectomie vaginale que pour les fibromes tout à fait petits qui, en somme, peuvent s'enlever en totalité par le vagin, sans avoir recours an morcellement.

A. Martin (de Berlin) faisant l'hystérectomie vaginale avec ligatures, n'enlève que les fibromes d'un volume moyen ; dans le reste des cas il recommande l'hystérectomie abdominale.

Christopher Martin, dans sa communication àl a Société Obstétricale d'Edimbourg, le 8 janvier 1896, élargit un peu plus le domaine de l'hystérectomie vaginale ; mais il

soutient que toutes les fois que la tumeur atteint le volume d'une tête de fœtus il faut avoir recours à l'hystérectomie abdominale.

En France, comme nous l'avons montré, les indications de l'hystérectomie abdominale sont beaucoup plus restreintes ; pourtant, depuis quelques années, à mesure que les chirurgiens ont plus la pratique de l'hystérectomie abdominale, et que l'hystérectomie abdominale totale commence à détrôner l'hystérectomie partielle, les indications de cette opération sont devenues plus nombreuses et beaucoup de chirurgiens l'appliquent à un grand nombre de tumeurs, qu'on extirpait auparavant par le vagin.

Pour Péan, l'hystérectomie abdominale s'adresse aux tumeurs de moyen et de grand volume. Toutes les fois que la tumeur est grosse « comme une tête d'adulte, ou qu'elle remplit le bassin et l'abdomen », Péan l'enlève par la voie abdominale.

La limite de l'ombilic, donnée par A. Segond, est admise par la grande partie des chirugiens. Les fibromes sous-ombilicaux doivent être enlevés par le vagin, les fibromes sus-ombilicaux par l'abdomen. Pourtant des chirurgiens comme Delagénière, font l'hystérectomie abdominale même pour les tumeurs sous-ombilicales. « Pourquoi s'acharner, écrit Delagénière, à faire péniblement, par le vagin, une opération qu'on ferait aisément par l'abdomen. Nous ne réservons l'hystérectomie vaginale, par morcellement, que pour les petits fibromes qui ne dépassent pas sensiblement le pubis. L'opération par l'addomen est une opération réglée qui s'exécute sous le contrôle de la vue ».

Montprofit (1), Hartmann (2), font l'hystérectomie abdominale totale même pour les petits fibromes.

Comme il a été dit auparavant il faut avoir en vue, non seulement la hauteur du fibrome, mais ses dimensions latérales, sa consistance, sa mobilité et sa situation.

Nous avons insisté assez longuement sur ces divers facteurs, quand nous avons décrit les indications de l'hystérectomie vaginale, pour n'y revenir cette fois-ci que très sommairement.

Il est incontestable qu'un fibrome étalé, enclavé dans le bassin, immobile en quelque sorte, sera très difficilement extirpable par le vagin, même quand ses dimensions sont loin d'atteindre l'ombilic ; il faut donc l'enlever par l'hystérectomie abdominale ; surtout maintenant que la question du pédicule est tranchée et que l'hystérectomie abdominale totate a remplacé si avantageusement l'hystérectomie partielle.

Nous pouvons en dire autant des fibromes durs et dont les dimensions latérales montrent qu'on aura des difficultés très grandes à les faire passer par le vagin, où à les morceller. Pourquoi, dans ce cas, faire l'hystérectomie vaginale, au risque de ne pas terminer l'opération, au lieu de recourir d'emblée à l'extirpation par l'abdomen. Quant à la situation du fibrome, elle joue un très grand rôle, car comme Richelot l'a montré, un fibrome qui soulève l'utérus est impossible à extirper par le vagin ; l'hystérectomie abdominale est la seule opération pratique dans ce cas.

(1). Montprofit. (*Congrès de Chir.* Paris, 1897).
(2). Hartmam (*ibid*).

Il en est de même si on a affaire à des atrésies du vagin, ou seulement à des vagins étroits comme chez les vierges, chez quelques nullipares et chez quelques femmes âgées. Dans ce cas on ne peut extirper l'utérus par la voie vaginale qu'avec une très grande difficulté, et même souvent l'extirpation est absolument impossible. Il faut donc recourir à l'ablation abdominale.

Si le fibrome s'accompagne de lésions des annexes, ces lésions ne constituent pas une contre-indication de l'hystérectomie abdominale. Tout au contraire l'hystérectomie est indiquée et, comme nous le verrons plus tard, c'est à l'ablation totale de l'utérus qu'il faut avoir recours, pour créer un bon drainage vaginal, surtout s'il s'agit de lésions suppurées.

CHAPITRE IV

CHOIX DE LA MÉTHODE OPÉRATOIRE POUR LES GROS FIBROMES DE L'UTÉRUS

Les grosses tumeurs fibreuses de l'utérus étant justiciables de l'hystérectomie abdominale, il faut faire le choix de la méthode opératoire.

L'hystérectomie abdominale peut se faire, soit en enlevant l'utérus en totalité, soit en laissant une partie plus ou moins grande du col utérin, d'où :

L'hystérectomie totale et

L'hystérectomie partielle.

L'hystérectomie partielle présente deux grandes variétés :

1). *L'hystérectomie à pédicule externe ou extra-péritonéale* et

2). *L'hystérectomie à pédicule interne ou intra-péritonéale.*

L'hystérectomie totale elle-même se divise en trois méthodes opératoires :

3). *L'hystérectomie abdomino-vaginale* (le corps de l'utérus est enlevé en première ligne par l'abdomen et le col secondairement par le vagin).

4). *L'hystérectomie vagino-abdominale* (à l'inverse de l'autre on commence par l'ablation du col par le vagin et on termine l'opération par l'extirpation du corps utérin par l'abdomen).

5). *L'hystérectomie abdominale totale* (tout l'utérus est enlevé par l'abdomen).

Nous allons passer en revue ces diveres méthodes opératoires, pour montrer la supériorité de l'hystérectomie abdominale totale sur les autres modes de traitement des grosses tumeurs utérines.

En faisant l'historique de l'hystérectomie en général, nous avons montré les diverses phases par lesquelles cette opération a passé pour arriver à la méthode idéale, pour ainsi dire, méthode qui constitue l'hystérectomie abdominale totale.

1). **L'hystérectomie à pédicule externe** fut la première employée. Pendant longtemps cette méthode opératoire constitue la seule ressource pour le traitement des tumeurs interstitielles de l'utérus.

Au fur et à mesure qu'elle est perfectionnée, on cherche à pallier les nombreux accidents qu'elle produit ; mais, malgré tous les perfectionnements qu'on lui a fait subir, depuis Kœberlé jusqu'à la technique de Hégar, l'hystérectomie à pédicule externe ne constitue pas moins actuellement une méthode qui a de nombreux inconvénients.

La plus grande partie des chirurgiens, tant en France qu'à l'étranger, n'emploient actuellement l'hystérectomie à pédicule extra-péritonéal que dans de rares exceptions.

Hegar (1) lui-même, qui a tant contribué à perfectionner le procédé de Kœberlé, n'est plus actuellement partisan de cette méthode.

Voici ce que dit M. Reclus, à propos de cette opération, dans un remarquable article publié dans le *Bulletin Médical* de 1894. « L'hystérectomie abdominale à pédicule externe constitue un pis-aller, dont les inconvénients sont bien connus : la chute du pédicule demande quelquefois plus d'un mois, puis elle laisse souvent après elle une fistule purulente ; l'angle inférieur de l'incision abdominale offre après elle une bien faible résistance et les hernies consécutives sont loin d'être rares. Aussi peut-on dire qu'à cette heure tous les hystérectomistes travaillent non plus à rentrer le pédicule, mais à le supprimer ».

La même opinion avait été émise, par la plus grande partie des chirurgiens, au Congrès de chirurgie de 1893.

MM. Chaput (2), Delagénière, Jacobs, etc., montrent les résultats médiocres qu'on obtient par cette méthode et ils insistent sur les avantages qu'on a, en lui substituant l'hystérectomie abdominale totale (Delagénière, Jacobs, etc.), ou l'hystérectomie à pédicule interne (suivant un nouveau procédé de Chaput).

Pourtant au même Congrès, Duret (3) (de Lille) soutient que l'hystérectomie à pédicule externe constitue le seul procédé qu'il faut employer, dans les cas de gros fibromes de 10-15-20 kilogrammes, remplissant en grande partie l'abdomen et ne présentant pas de pédicule. Dans un article publié récemment dans la *Semaine Gyné-*

(1) Hegar et Kaltenbach. (*Traité de Gyn. cité*, p. 197).
(2) Chaput (*Congrès de Chir.* Paris 1893).
(3) Duret. (*ibid.*).

cologique (1), Duret émet le même avis. Toutes les fois que l'hystérectomie à pédicule interne est inapplicable, il a recours à l'hystérectomie à pédicule extra-péritonéal, surtout s'il s'agit de grosses tumeurs comme celles que nous venons d'indiquer. Duret ne pratique l'hystérectomie totale que dans des cas exceptionnels.

Cette manière de voir n'est plus partagée actuellement que par un très petit nombre de chirurgiens. Presque tous admettent la supériorité incontestable de l'hystérectomie totale sur l'hystérectomie partielle. On n'a du reste pour se convaincre, qu'à lire les comptes-rendus des derniers congrès de chirurgie et surtout ceux de la discussion qui s'est ouverte cette année-ci devant la Société de Chirurgie, à la suite de la communication de M. Richelot. Et du reste, en étudiant en détail les observations d'hystérectomie à pédicule externe, on lui trouve des inconvénients si nombreux et des accidents si fréquents, que l'extirpation du pédicule, cause de tant de méfaits, s'impose forcément.

Souvent l'hystérectomie à pédicule externe n'est pas praticable, on se trouve dans l'impossibilité absolue de constituer un pédicule. Ce cas se présente, quand on a affaire à des tumeurs fibreuses enclavées dans le bassin, ou que le col de l'utérus est bourré par de nombreux corps fibreux. La brièveté du pédicule, ou son diamètre trop grand, empêchent sa fixation à la paroi abdominale.

On est donc obligé dans ces cas, d'avoir recours à une autre méthode de traitement, l'hystérectomie à pédicule externe étant impraticable. Mais, admettons qu'on ait affaire

(1) Duret. L'hystérectomie abdominale totale, doit-elle être constamment l'opération de choix dans la cure des fibromes utérins (*Semaine gynécol.* Nos 16, 17 et 18, 1897).

à un cas très favorable et que le pédicule facilement constitué ait été fixé à la paroi.

C'est alors que l'on peut voir survenir les nombreux inconvénients de cette méthode.

Le lien élastique peut glisser, une fois que la tumeur a été enlevée et que le pédicule a été fixé, et une hémorrhagie intense en est le résultat. Celle-ci peut se montrer aussi, à la suite des tractions trop fortes sur la tumeur, ou beaucoup plus tard, quand l'escarre du pédicule se détache.

En dehors de l'hémorrhagie, la malade est exposée à l'infection, à la septicémie, même si aucune faute d'asepsie n'a été commise au cours de l'opération.

La septicémie reconnaît comme cause le pédicule, et elle est due aux microbes de la cavité utérine, ou aux agents pathogènes venus du dehors et qui trouvent un milieu de culture très favorable au niveau du pédicule et dans le sillon constitué, autour du pédicule, par le lien élastique.

Le pédicule peut suppurer, peut se sphacéler ; des abcès, des phlegmons, des péritonites enkystées ou généralisées peuvent être la conséquence de cette infection au niveau du moignon, et M. Quénu (1) cite le cas d'une malade opérée par une hystérectomie à pédicule externe et qui est morte le douzième jour avec des symptômes d'infection purulente, à la suite d'une phlébite qui avait pris naissance au pédicule. De là sont nées toutes les méthodes de dessèchement, ou de cautérisation du pédicule. Pour obvier à ces accidents, on a cautérisé le pédicule au thermo-cautère, on l'a badigeonné au chlorure de zinc, au

(1) Quénu. (*Soc. de Chir.*, 5 juin 1895).

perchlorure de fer, etc. ; on a appliqué du tanin, de l'iodoforme et on a cherché à obtenir sa dessiccation. Malgré tous ces moyens de traitement, les accidents signalés plus haut peuvent se montrer, en dépit des plus grands soins qu'on n'a pas manqué de prendre.

Plus tard, quand l'escarre tombe, en dehors de l'hémorrhagie que nous avons signalée plus haut, la malade n'est pas à l'abri de l'infection ; celle-ci peut apparaître à la suite de la résorption septique qui peut se faire au niveau des bourgeons charnus du pédicule, si celui-ci se met à suppurer.

Et une fois l'escarre tombée, à combien d'autres accidents la malade n'est-elle pas exposée !

Des fistules peuvent se faire au niveau du moignon, fistules abdomino-vaginales, qui mettent quelquefois des mois et des mois avant de guérir. Quelquefois ces fistules sont le résultat de l'ouverture d'un abcès au voisinage de la plaie, comme les cas que MM. Terrier et Quénu ont communiqués à la Société de Chirurgie en 1884 (1) et 1885 (2). Plus tard, quand la malade paraît guérie, à la suite d'une convalescence très longue et de pansements répétés, ce qui constitue encore un grand désavantage de cette méthode, d'autres inconvénients peuvent se montrer. Les douleurs et les tiraillements dans le ventre sont la conséquence de la fixation du pédicule à la paroi. Ces douleurs sont quelquefois tellement intenses que plusieurs chirurgiens ont été obligés d'intervenir. La malade peut présenter des troubles vésicaux, à la suite de la

(1) Terrier et Quénu. (*Soc. de Chir.*, 5 nov. 1884).
(2) Quénu. (*Soc. de Chir.*, 4 nov. 1885).

compression de cet organe par le pédicule. De même on peut observer de l'obstruction intestinale, « le pédicule constituant souvent une sorte de bride étendue de la paroi abdominale au fond du bassin ; de plus, des tractus membraneux peuvent se former, à la suite d'une péritonite adhésive qui peut se manifester autour du moignon ; l'intestin venant s'écraser sur ces brides, il en résulte alors une occlusion intestinale ». (Vautrin).

La cicatrice abdominale, très peu résistante au niveau du pédicule, peut être attirée en dedans, où le plus souvent elle est la cause d'une éventration plus ou moins grande.

Tout cet ensemble d'accidents ont fait que l'hystérectomie à pédicule externe a perdu, de plus en plus, de sa valeur et qu'elle est remplacée actuellement par l'hystérectomie abdominale totale.

2. **L'Hystérectomie à pédicule interne** sans exposer à tant d'inconvénients que l'hystérectomie à pédicule extra-péritonéal, ne constitue pas moins une méthode de beaucoup inférieure à l'hystérectomie totale.

Nous avons vu les transformations que cette méthode a subies depuis Schrœder, et pourtant, malgré tous ces perfectionnements, la présence du pédicule est toujours une cause de danger, surtout au point de vue de l'hémorrhagie et de l'infection.

Le traitement intra-péritonéal du pédicule, comme le traitement externe n'est pas toujours praticable. Il peut arriver, comme dans ce dernier cas, qu'on ait affaire, à des pédicules trop volumineux, ou à des fibromes enclavés dans le bassin, il est alors impossible de constituer un

moignon et on est obligé d'enlever l'utérus tout entier.

Mais, même dans le cas le plus favorable, les deux grands accidents du pédicule interne, l'hémorrhagie et la septicémie sont à craindre.

L'hémorrhagie est ici beaucoup plus terrible que dans l'hystérectomie à pédicule externe. Là, au moins, en surveillant le pédicule, on peut intervenir à temps ; tandis qu'au contraire, quand le pédicule a été réduit, on ne sait plus ce qui se passe et l'hémorrhagie est presque toujours mortelle.

Cette hémorrhagie peut être primitive, elle peut se montrer une fois le pédicule réduit dans le ventre et l'opération finie ; dans ce cas, elle est due, soit à ce que les fils ont coupé les tissus, si on emploie le procédé de Schrœder ou un procédé qui dérive de lui, soit à ce que le lien élastique a glissé ou qu'il a été coupé par le fil de soie, si on emploie le procédé d'Olshausen.

Plus tard, quand les escarres tombent, une autre hémorrhagie peut se montrer, c'est l'hémorrhagie secondaire. Celle-ci est aussi terrible que la première et rarement la malade en réchappe.

Donc, au point de vue de l'hémorrhagie, la méthode intra-péritonéale est de beaucoup inférieure au traitement externe du pédicule.

Il en est de même, au point de vue de la septicémie ; car, non seulement la méthode intra-péritonéale expose davantage aux fautes d'asepsie, à cause de sa longueur, mais la septicémie peut apparaître du fait même de la méthode.

Cette septicémie peut être due à des microbes venus

de la cavité utérine, qui, malgré toutes les précautions prises, n'en reste pas moins une surface infectée.

A. Martin et d'autres chirurgiens, depuis, ont montré que cette cavité utérine contient des microbes pathogènes en très grand nombre.

On a essayé donc de cautériser la muqueuse utérine, de l'enlever ou d'y passer des substances antiseptiques, pour remédier à ce danger ; mais, malgré toutes les précautions prises, la septicémie peut se montrer une fois qu'on a ouvert la cavité utérine.

Nous sommes fort étonné de lire à ce sujet, dans deux travaux parus récemment, des opinions toutes contraires à ce que nous venons de signaler.

Noble (1), dans une revue sur les divers procédés d'hystérectomie abdominale pratiqués en Amérique, soutient que jamais la cavité cervicale du col utérin n'est le point de départ de l'infection, dans l'amputation supra-vaginale.

Demantké (2), qui se fait le défenseur du procédé d'Olshausen, admet, de son côté, que l'infection provenant du canal cervical n'est pas prouvée. Pour lui, les deux tiers supérieurs du canal cervical de l'utérus ne présentent pas des micro-organismes, et il se base sur les recherches de Walthard (3) et celles de Du Bouchet. Le premier de ces deux auteurs montre que les micro-organismes (streptocoques, staphylocoques, coli-bacilles) ne pénètrent pas du vagin dans le canal cervical, trouvant à ce niveau un terrain de culture insuffisant, à cause du bouchon de mucine qui se renouvelle constamment. Quant à Du Bou-

(1) Noble. (*loc. cit.*).
(2) Demantké. (*Thèse* citée, p. 30).
(3) Walthard. (Correspondenzblatt für Schweiger Aerzte, p. 306, 1895).

chet (1), il admet « que l'utérus se débarrasse des agents pathogènes qui peuvent s'y trouver » et « que les microbes qui ont causé l'infection de l'utérus peuvent disparaître, alors que les symptômes persistent encore ».

Ces données peuvent être justes lorsqu'il s'agit d'un utérus normal, mais un utérus fibromateux présente toujours une muqueuse altérée qui permet l'infection ascendante.

En dehors des microbes venus de la muqueuse utérine, la septicémie peut reconnaître d'autres causes. Elle peut être due à l'élimination des fils de soie ou à l'élimination du lien élastique, suivant la variété du procédé que l'on a employé.

D'autres fois, la cause de la septicémie est dans les escarres qui se détachent du pédicule, ou dans la nécrose du pédicule. Enfin des abcès tout autour du pédicule, des péritonites enkystées peuvent se montrer.

S'il y a eu la moindre inflammation autour du pédicule, des adhérences, des brides sont constituées, et les douleurs, les tiraillements dans le ventre en sont la conséquence.

Quelquefois, les fils ou le lien élastique s'éliminent par le vagin et il se forme des fistules d'une durée indéfinie, qui obligent le chirurgien à intervenir secondairement et à enlever le col par le vagin.

De tous les procédés d'hystérectomie à pédicule interne, celui qui expose le moins aux accidents que nous venons de décrire, c'est le procédé rétro-périnéal, avec toutes ses

(1) Du Bouchet. Recherches bactériologiques sur quelques cas d'affections utérines (*Thèse* de Paris, 1897).

variétés. Par ce procédé, le col étant complètement séparé de la cavité abdominale, l'infection se propage plus difficilement et la septicémie est moins à craindre, si des fautes d'asepsie n'ont pas été commises, au cours de l'intervention.

Si on compare la durée de l'opération d'une hystérectomie à pédicule interne avec celle d'une hystérectomie totale, on trouve que cette dernière dure beaucoup moins longtemps que l'hystérectomie intra-péritonéale ; si on a employé le procédé d'Olshausen, l'opération peut avoir une durée très courte.

La mortalité avec la méthode intra péritonéale, est plus forte qu'avec le pédicule externe.

Ainsi, dans les deux statistiques données par M. Pozzi (1), et dont l'une appartient à Paul Wehmer (2) et l'autre à Zweifel (3), nous voyons que l'hystérectomie à pédicule interne présente une mortalité beaucoup plus grande que l'hystérectomie à pédicule externe :

Statistique de Wehmer :

Méthode intra-péritonéale..	mortalité	28.2	pour 100.
Méthode extra-péritonéale..	—	24	— —

Statistique de Zweifel :

Méthode intra-péritonéale..	mortalité	32,7	pour 100.
Méthode extra-péritonéale.	—	22.3	— —

En somme, l'hystérectomie à pédicule externe est beaucoup plus bénigne que l'hystérectomie à pédicule interne.

(1) Pozzi. Traité de Gyn. cité, p. 368.
(2) P. Wehmer. Beitrag zur Myomotomie und castration bei Fibromen. (*Zeitsch. f. Geb. and Gyn.* p. 106, 1887).
(3) Zweifel. Die Stielbehandlung bei der Myomectomie. (Stuttgard, 1888).

Pour faire ressortir davantage la supériorité de la première méthode sur la deuxième, M. Pozzi compare les chiffres des chirurgiens (A. Martin, Schröeder, Olshausen, etc.), employant exclusivement la méthode intra-péritonéale, aux chiffres des chirurgiens pratiquant de même exclusivement le procédé extra-péritonéal, et il arrive à trouver :

Méthode intra-péritonéale..	mortalité	25,79	p. 100.
Méthode extra-péritonéale..	»	21,6	»

Cette supériorité d'une méthode sur l'autre ressort davantage de la statistique publiée par Price (1) (de Philadelphie), et qui se trouve indiquée dans la thèse de Le Moniet et dans la dernière édition du *Traité de Gynécologie* de Pozzi.

Statistique de Price :

Méthode intra-péritonéale..	mortalité	28	pour 100.
Méthode extra-péritonéale..	»	16	»

En résumé, l'hystérectomie à pédicule interne ou externe expose à un très grand nombre d'accidents provenant de la présence du pédicule. Le traitement interne donne une mortalité plus grande que le traitement externe.

Il est donc tout naturel qu'on ait cherché à supprimer ce pédicule, et à arriver, pour ainsi dire, à l'opération idéale qui est l'hystérectomie totale.

L'hystérectomie totale peut se faire, comme nous l'avons vu, en totalité par l'abdomen, hystérectomie abdominale totale ; ou par l'abdomen et le vagin combinés, hystérectomie abdomino-vaginale et hystérectomie vagino-abdominale.

(1) Price. (*loc. cit.*).

Nous allons passer en revue ces trois méthodes de traitement des gros corps fibreux de l'utérus, et montrer la supériorité que présente l'hystérectomie abdominale totale sur les deux autres méthodes.

3). **L'hystérectomie abdomino-vaginale** comptait, il y a quelques années, beaucoup de partisans.

Péan (1) est un des premiers qui ait décrit cette opération et qui l'ait adoptée. Pour ce chirurgien l'hystérectomie abdomino-vaginale est supérieure à l'hystérectomie abdominale totale. Il donne trois raisons à cette manière de voir : a) Par l'hystérectomie abdomino-vaginale on est sûr d'éviter les hémorrhagies qui peuvent se montrer quand en enlève l'utérus en totalité par l'abdomen. b) En enlevant le col par le vagin, on peut le séparer facilement de la vessie et du rectum, même quand il présente une fusion intime avec ces derniers organes ; enfin, c) Par l'hystérectomie abdomino-vaginale, on a l'avantage d'appliquer des pinces à la place des ligatures (les pinces assurent mieux l'hémostase que les ligatures et leur application exige moins de temps).

Cette opinion de Péan n'est plus admise actuellement, et nous verrons par la suite que presque tous les chirurgiens ont abandonné l'hystérectomie abdomino-vaginale pour l'hystérectomie abdominale totale.

Du reste, la crainte d'hémorrhagie n'est pas plus grande dans l'hystérectomie abdominale totale que dans l'hystérectomie par l'abdomen et le vagin.

La ligature des utérines, seule, peut présenter, quelque-

(1) Péan et Urdy. (*loc. cit.*) et Ramon (*Thèse* citée).

fois, une réelle difficulté ; mais, comme nous le verrons en décrivant les divers procédés d'hystérectomie abdominale totale, cette ligature peut se faire assez aisément, si on a recours à un bon procédé.

La fusion du col avec la vessie et le rectum ne constitue pas non plus un inconvénient, qui contre-indique l'hystérectomie abdominale totale. En admettant même que la séparation du col se fasse difficilement de haut en bas, ce qui s'observe très rarement, rien n'empêche de le séparer de bas en haut, en employant le procédé de Doyen, ou un autre procédé analogue.

Quant à l'avantage que présente la substitution de pinces aux ligatures, nous savons qu'en ce qui concerne l'hystérectomie abdominale, beaucoup de chirurgiens reviennent actuellement aux ligatures. Du reste, l'application des pinces n'est pas incompatible avec l'ablation totale de l'utérus par l'abdomen.

En dehors de Péan, d'autres chirurgiens ont eu recours à l'hystérectomie abdomino-vaginale.

A. Martin (de Berlin) a été pendant longtemps son défenseur ; actuellement il pratique l'hystérectomie abdominale totale.

M. Bouilly a de même eu recours à ce procédé en 1891, pour enlever un fibrome de l'utérus, accompagné de cancer du col.

Au congrès de chirurgie de 1893, Schwartz et Goullioud (de Lyon) se déclarent partisans de cette méthode opératoire. Depuis, ces chirurgiens sont revenus à l'hystérectomie abdominale totale.

En Angleterre, Archibald Donald (1) est resté partisan de l'hystérectomie abdomino-vaginale ; sa première opération date d'octobre 1892 et paraît être la première hystérectomie abdomino-vaginale pratiquée en Angleterre.

L'hystérectomie abdomino-vaginale est certainement de beaucoup inférieure à l'hystérectomie abdominale totale.

En dehors de la difficulté que présente souvent la constitution du pédicule, les manœuvres vaginales que cette méthode nécessite peuvent compromettre l'asepsie opératoire. En effet, en enlevant le col par le vagin et en revenant ensuite à l'abdomen, on augmente ainsi les chances d'infection. Le seul cas où l'hystérectomie abdomino-vaginale soit indiquée, c'est lorsque le fibrome s'accompagne de cancer du col, comme dans l'observation de Bouilly.

4) **L'hystérectomie vagino-abdominale** présente les mêmes désavantages que l'hystérectomie abdomino-vaginale.

Les manœuvres qu'on pratique du côté du vagin peuvent se limiter à la désinsertion du col et au placement des pinces sur les ligaments larges; dans d'autres cas, ces manœuvres sont plus étendues, et on enlève le col, comme premier temps de l'opération.

Notre distingué maître, M. Chaput (2), enlève le col par le vagin et le reste de la tumeur par l'abdomen ; il fait, en somme, une hystérectomie vagino-abdominale vraie ; tandis que Bardenheuer, Bold, Rouffart, Jacobs (dans son

(1) Archibald Donald. Intrapéritonéal Hysterectomy and Hysterectomy by the combined method for fibroid tumours of the Uterus, with notes of cases (*British med. Jour.*, p. 1184, 1896).

(2) Chaput. (*Soc. d'Obst. et de Gyn.* de Paris. 13 avril 1893).

premier procédé), etc., n'enlevant rien de l'utérus par le vagin, ne font pas une véritable hystérectomie vagino-abdominale.

Quoi qu'il en soit, la méthode vagino-abdominale est défectueuse, pour les mêmes raisons que la méthode abdomino-vaginale ; elle expose, comme celle-ci, à des fautes d'asepsie, par le changement de position du chirurgien et, par les manœuvres qu'on fait, du côté du vagin.

Cette méthode n'est pas toujours applicable. Quand le col utérin est haut situé, on a de la difficulté à l'abaisser, et souvent même on se trouve dans l'impossibilité absolue de faire la moindre manœuvre vaginale.

Il en est de même dans le cas de vagin étroit et chez les vierges.

Pour toutes ces raisons, presque tous les chirurgiens cherchent actuellement à enlever l'utérus en totalité par l'abdomen, en touchant le moins possible au vagin.

CHAPITRE V

AVANTAGES DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

L'hystérectomie abdominale totale est supérieure à l'hystérectomie abdominale partielle et aux méthodes d'hystérectomie par la voie vaginale et abdominale combinées.

Nous avons vu les inconvénients nombreux de ces dernières méthodes. Dans le premier cas, la présence du pédicule est la cause de tous les accidents ; dans le deuxième, ce sont les manœuvres vaginales qui augmentent les chances d'infection.

L'hystérectomie abdominale totale, supprimant le pédicule, réalise un véritable progrès; la cavité utérine, si difficile à aseptiser, n'est plus à craindre ; la nécrose et l'élimination du pédicule ne peuvent plus s'observer. Plus d'élimination de lien élastique, plus de fistules vaginales.

La supériorité de l'hystérectomie totale sur l'hystérectomie à pédicule est donc incontestable. Comme dit

Martin (1) : « Lorsque l'utérus ne peut être conservé, il « vaut mieux l'extraire en totalité par l'abdomen que d'en « faire l'ablation partielle ».

L'hystérectomie totale, purement abdominale, est de même supérieure à l'hystérectomie par les deux voies vaginale et abdominale combinées. Nous avons insisté suffisamment, dans les chapitres précédents, sur les fautes d'asepsie qu'on peut commettre dans ces cas, en allant du vagin à l'abdomen. L'hystérectomie abdominale totale supprimant complètement, ou en très grande partie, les manœuvres vaginales, suivant le procédé qu'on emploie, expose moins à ces fautes d'asepsie.

Un deuxième grand avantage de l'hystérectomie abdominale totale est que l'hémostase se fait avec plus de sécurité que dans les autres méthodes : les vaisseaux, étant sous les yeux, sont pincés plus facilement ; et, une fois l'hémostase assurée, il n'y a plus à craindre ces hémorrhagies terribles qui s'observent avec l'hystérectomie à pédicule. Nous sommes fort étonné de voir, dans un article récent, Duret (2) soutenir au contraire, que l'hémostase est plus difficile à obtenir, dans l'hystérectomie totale que dans l'hystérectomie intra-péritonéale.

Faut-il insister maintenant sur l'avantage que présente l'hystérectomie totale, en permettant le drainage de la cavité pelvienne, quand de grandes surfaces sont dénudées, ou qu'on craint l'accumulation de liquides septiques.

Bardenheuer, depuis ses premières communications sur l'hystérectomie abdominale totale, a montré tout le profit

(1) A. Martin. (*Zeitsch. f. Jeb. und Gyn.* B. XX, 1, 1890).
(2) Duret. (*Semaine gyn.* citée).

qu'on obtient en pratiquant ce drainage. Si, tout au contraire, on trouve ce drainage inutile, rien n'est plus facile en pratiquant cette méthode, que de fermer la cavité pelvienne en bas et de séparer ainsi la cavité abdominale du vagin.

Plusieurs chirurgiens, partisans de l'hystérectomie partielle admettent que l'hystérectomie abdominale totale est une opération très difficile. Cette manière de voir, partagée par Brennecke (1), n'a absolument rien de fondé, car une hystérectomie partielle, à pédicule interne, est certainement beaucoup plus difficile qu'une hystérectomie totale. Dans ce dernier cas, l'utérus est enlevé comme une tumeur, la séparation de la vessie et du rectum se fait méthodiquement soit de haut en bas, soit de bas en haut (comme dans le procédé Doyen) ; tandis que, tout au contraire, la constitution du pédicule, dans une hystérectomie partielle, demande beaucoup plus de soins, soit pour ne pas infecter la cavité péritonéale, soit pour assurer d'une manière certaine l'hémostase.

L'hystérectomie abdominale totale exposerait, d'après Duret (2), au danger de blesser, de lier, ou de pincer les uretères, et cet auteur, ayant fait des recherches avec Frappier (3), est arrivé au résultat que « le point du croisement de l'utérine et de l'uretère n'est éloigné du bord de l'utérus que de quinze à vingt millimètres et que dans les tractions exercées sur l'utérus, cette distance diminue notablement ». Duret n'est donc partisan de l'hystérectomie abdominale totale que dans des cas tout-à-fait exceptionnels. Ces

(1) Brennecke. Ein Wort über die Schröeder'sche Method der myomotomie (*Zeitseh, fur geb. und Gyn.* p. 67, 1891).

(2) Duret. (*Simaine gyn.* citée).

(3) Frappier. Vaisseaux sanguins de l'utérus. Des différents procédés d'hémostase dans l'hystérectomie (*Thése* Paris, 1896).

résultats de Duret, en ce qui concerne le rapport des uretères avec l'utérus, quand celui-ci a subi des tractions en haut, sont loin de correspondre à la réalité des faits.

M. Delbet, au congrès de chirurgie de 1896, a montré que les uretères croisent l'utérus au niveau de l'isthme, ou même au niveau du corps, quand l'utérus est abaissé, comme dans l'hystérectomie vaginale ; au contraire, quand l'utérus est fortement attiré en haut, comme dans l'hystérectomie abdominale, les uretères glissent, de haut en bas, de l'utérus sur le dôme vaginal ; et, quand l'élévation de l'utérus est très grande, les uretères, situés de chaque côté du vagin, n'ont plus aucun rapport direct avec l'utérus.

Donc la blessure des uretéres est impossible, si on prend soin de bien attirer l'utérus en haut et nous verrons, en décrivant les divers procédés, que cette manière de faire est enseignée par tous ceux qui pratiquent l'hystérectomie abdominale totale.

En ce qui concerne la durée de l'opération, qui, pour certains auteurs, serait plus longue dans l'hystérectomie abdominale totale que dans l'hystérectomie partielle, nous pouvons dire que cet argument n'est pas sérieux, car il est indiscutable qu'il faut, au moins, une demi-heure de plus, si non davantage, pour faire l'hémostase et bien confectionner un pédicule, dans l'hystérectomie partielle. En trois quarts d'heure, une heure au maximun, on enlève les plus grosses tumeurs fibreuses par l'hystérectomie abdominale totale ; tandis qu'il faut, en terme moyen, une heure et demie pour pratiquer une hystérectomie partielle à pédicule intra-péritonéal, sauf par la méthode d'Olshau-

sen qui est la plus rapide. C'est du reste aussi l'opinion émise par Péan devant l'Académie de Médecine. Il reste à discuter l'inconvénient résultant de l'ouverture du vagin, quand on pratique l'hystérectomie abdominale totale.

Il est certain que, si le vagin n'est pas bien aseptisé, la malade court les plus grands dangers, mais cette asepsie vaginale est beaucoup plus facile à obtenir que la désinfection de la cavité utérine. C'est au chirurgien qui pratique l'hystérectomie totale de prendre les soins nécessaires pour que le vagin soit complètement désinfecté.

En résumé donc, l'hystérectomie abdominale totale est l'opération idéale pour les grosses tumeurs fibreuses de l'utérus. Les suites opératoires se passent dans les meilleures conditions possibles, si les soins rigoureux d'asepsie ont été pris. La convalescence est courte, et la guérison rapide qu'on obtient doit faire préférer cette méthode aux autres procédés d'hystérectomie abdominale.

La mortalité que l'hystérectomie abdominale donne n'est pas plus forte que celle qu'on a avec l'hystérectomie par les deux voies combinées. Tout au contaire, presque toutes les statistiques récentes montrent une notable différence à ce point de vue, et la différence est tout à l'avantage de l'hystérectomie abdominale totale.

CHAPITRE VI

MANUEL OPÉRATOIRE DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

L'hystérectomie abdominale totale ayant pour but l'extirpation de l'utérus en totalité par l'abdomen, il faut écarter de notre description toute intervention qui ne remplit pas cette donnée.

En d'autres termes, tout procédé par lequel on enlève, par le vagin, une partie de l'utérus, soit avant l'intervention abdominale, soit après, ne constitue pas une hystérectomie abdominale totale.

La confusion est faite pourtant assez souvent, et beaucoup de procédés sont désignés comme méthode d'hystérectomie abdominale totale, malgré l'extirpation du col par le vagin.

Dans ce dernier cas on a bien une hystérectomie totale, mais comme la totalité de l'utérus n'a pas été enlevée par l'abdomen, l'opération constitue une hystérectomie abdomino-vaginale et non une hystérectomie abdominale totale. Dans la description des divers procédés que nous allons passer en revue, nous allons écarter les procédés par les-

quels on enlève le col par en bas et nous décrirons seulement ceux qui se rapportent à des hystérectomies abdominales totales vraies.

Ainsi, les procédés abdomino-vaginaux de Péan, de Martin, de Goullioud, de Schwartz, etc., et les procédés vagino-abdominaux de Chaput n'entrent pas dans le cadre de ce travail.

Il faut pourtant faire une classe à part des procédés dont les manœuvres vaginales sont limitées à la désinsertion du vagin et au placement des pinces sur les ligaments larges sans rien enlever de l'utérus.

Ces derniers procédés seront décrits en première ligne, comme un moyen de transition entre les procédés abdominaux purs et les procédés par les voies abdominale et vaginale combinées.

Avant d'aborder ces procédés, voyons quels sont les soins qu'il faut prendre avant l'opération.

a) Soins préliminaires.

Les soins préliminaires ont la plus grande importance, c'est d'eux que dépend, en grande partie, la réussite de l'opération.

Tous les chirurgiens qui font des hystérectomies abdominales totales prennent les plus grandes précautions du côté du vagin pour rendre celui-ci complètement aseptique.

Plusieurs jours avant l'opération on fait, quotidiennement, deux ou trois injections vaginales chaudes, avec une solution de sublimé à 1 pour 1000; ou des injections au sublimé, qui alternent avec des injections au permanganate de potasse à 1 pour 2000.

La veille de l'opération la malade prend un grand bain et un lavement, ou un purgatif léger.

La vulve est rasée et savonnée, de même que l'abdomen. Le vagin et la cavité utérine sont nettoyés. On peut faire un curetage de la cavité utérine, ou ce qui vaut mieux, on écouvillonne cette cavité à la gaze iodoformée. Après avoir passé dans le vagin quelques litres de sublimé, on bourre l'utérus et le vagin avec cette gaze iodoformée. Si le col utérin est ulcéré, on le touche avec une solution phéniquée forte, ou à la teinture d'iode.

Un pansement aseptique est appliqué sur l'abdomen jusqu'au moment de l'intervention.

Au moment de l'opération, quand la malade est endormie, des soins aseptiques très rigoureux sont pris.

On commence par aseptiser tout d'abord la paroi abdominale. Celle-ci est savonnée et fortement brossée pendant quelques minutes, le plus largement possible. Le savon une fois enlevé, on passe du sublimé à 1 pour 1000, du permanganate de potasse à 1 pour 30, du bisulfite et, enfin de nouveau du sublimé. Avant le permanganate on peut passer de l'ether ou de l'alcool, pour dissoudre les graisses et enlever les débris d'épiderme qui peuvent s'y trouver. Ces deux derniers liquides peuvent remplacer complètement le permanganate de potasse.

On doit avoir le plus grand soin possible pour la désinfection de l'ombilic, qui est toujours très difficile à nettoyer.

L'aide qui nettoie la paroi abdominale, doit avoir les mains absolument aseptiques, avant de commencer à laver la malade ; ses mains doivent être de nouveau nettoyées

une fois que l'abdomen a été brossé et le savon enlevé, pour pouvoir passer l'éther ou le permanganate. Une fois que la paroi abdominale est bien propre, on la couvre de compresses aseptiques et on passe au nettoyage du vagin.

La gaze iodoformée qui bourre la cavité utérine et le vagin est enlevée. Le vagin est savonné et brossé légèrement, de même que la vulve. Une injection au sublimé est passée dans le vagin.

L'aide, après avoir de nouveau nettoyé ses mains, passe dans le vagin du permanganate en solution forte, du bisulfite et, de nouveau, du sublimé. Une fois quele vagin est bien nettoyé, on bourre la cavité utérine avec de la gaze iodoformée qui est coupée au ras du col. On a soin de ne pas toucher la paroi vaginale avec l'hystéromètre qui a enfoncé la gaze dans la cavité utérine.

La malade étant placée dans la position inclinée de Trendelemburg, on limite le champ opératoire par des grandes compresses stérilisées.

Autant que possible, il faut un nombre d'aides très limité. Le chirurgien peut prendre les instruments lui-même, un aide l'assiste directement, un autre passe les compresses stérilisées au cours de l'opération. Ce troisième aide peut être supprimé.

Un autre aide dont le rôle est secondaire, et qui ne doit toucher ni à l'opération ni aux instruments, etc., est prêt à introduire la pince vaginale pour faire saillir les culs-de-sac, si dans le procédé qu'on emploie, on ouvre ces culs-de-sac sur une pince vaginale.

Nous ne pouvons pas nous étendre davantage sur tous les détails des soins préliminaires, qui sont, en somme, les

mêmes que pour toute laparotomie. Il suffit seulement de dire que l'asepsie la plus minutieuse doit être la règle et que la moindre faute expose la vie de la malade.

(*b*). Procédés

Les procédés d'hystérectomie abdominale totale sont tellement nombreux, que nous trouvons une véritable difficulté à les classer.

Presque chaque chirurgien ayant pratiqué cette opération, lui a fait subir une légère modification, de telle sorte qu'on peut dire : autant de chirurgiens, autant de manières de faire.

Pourtant, si on examine bien tous ces procédés, on trouve qu'il y en a tout au plus dix ou douze qui méritent véritablement le nom de procédés originaux, tous les autres ne sont que de simples variétés et ne présentent qu'un intérêt secondaire.

Nous allons les indiquer tous en insistant davantage sur les procédés types.

On peut diviser les procédés d'hystérectomie abdominale totale en trois classes :

A. *Procédés avec certaines manœuvres vaginales.*

B. *Procédés avec placement de pinces par le vagin.*

C. *Procédés purement abdominaux.*

Cette division n'a d'autre mérite que de faciliter la description et de montrer en quelque sorte le point principal qui doit attirer l'attention. Nous avons essayé de classer les procédés les uns après les autres, suivant leur ressemblance, de telle manière qu'on puisse reconnaître facilement en quoi consistent les principales modifications.

A. PROCÉDÉS AVEC CERTAINES MANŒUVRES VAGINALES

Les manœuvres vaginales, dans ces procédés, sont assez étendues et, comme nous le verrons plus tard, ces procédés sont tout-à-fait défectueux. En désinsérant le vagin, en ouvrant les culs de sacs, ou en placant des pinces sur les ligaments larges, on pratique le premier temps de l'hystérectomie vagino-abdominale ; seulement, comme on n'enlève rien de l'utérus, nous croyons devoir placer ces procédés à côté des autres qui sont plus strictement abdominaux.

Procédé de Bardenheuer. (1)

Le procédé de Bardenheuer est le premier procédé d'hystérectomie abdominale totale qu'on ait pratiqué, depuis la découverte de l'antisepsie.

Bardenheuer l'a employé tout d'abord dans le cancer de l'utérus ; et c'est seulement depuis 1881, qu'il le recommande pour les fibromes utérins. Comme soins préliminaires, la malade est soumise, deux ou trois jours avant, à la diète et aux laxatifs. Bardenheuer conseille l'emploi du sous-nitrate de bismuth, à petites doses, pour absorber les gaz intestinaux.

Le vagin est désinfecté deux fois par jour, avec une solution phéniquée à 2 p. °/₀. — La veille de l'opération la malade prend un grand bain.

Temps vaginal.

1° **Désinsertion du vagin**. Incision circulaire sur le col, passant en avant à un centimètre de l'orifice externe du

(1) Bardenheuer. (*Centralb. f. Gyn.* N° 22, 1881) et traduc. in. *Journ. de méd. de chir. et de pharmacie* de Bruxelles. T LXXIV, 1882).

col et, en arrière, à un centimètre et demi ou deux centimètres. Le vagin est libéré avec le doigt, de ses attaches sur le col utérin. Il est lavé et on y place une éponge pour arrêter le suintement sanguin qui peut se faire.

Pour Bardenheuer, ce temps vaginal facilite l'opération et l'utérus s'enlève plus facilement par l'abdomen.

Temps Abdominal.

1° **Laparatomie.** Incision partant de l'ombilic jusqu'à la symphyse pubienne. L'incision de la peau dépasse de un centimètre à un centimètre et demi la symphyse.

L'intestin est refoulé dans la grande cavité abdominale et maintenu par des compresses, chaudes et thymolées.

Bardenheuer recommande d'éviscérer l'intestin et de le maintenir par des compresses, quand il est distendu par des gaz et qu'il a tendance à sortir au dehors de l'abdomen.

2° **Extériorisation de la tumeur.** Le fibrome est attiré au dehors du ventre.

3° **Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges.** On applique, sur chacun des ligaments larges, deux ou trois ligatures au catgut, après avoir partagé ces ligaments en deux ou trois faisceaux. Les ligaments larges sont saisis le plus bas possible.

4° **Incision du péritoine antérieur. Décollement de la vessie.** Bardenheuer fait une incision à concavité supérieure sur le péritoine de la face antérieure de l'utérus. L'incision se termine, de chaque côté, au bord supérieur des ligaments larges et son milieu descend jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin.

Avec le doigt, ou à l'aide de pinces et de ciseaux, le

péritoine est décollé et la vessie refoulée en avant. A un moment donné le doigt arrive dans le vagin par le cul-de-sac antérieur. Avec l'index, l'ouverture est élargie, dans le sens transversal, jusqu'aux bords de l'utérus.

5° **Incision du péritoine postérieur. Décollement du rectum.** La manœuvre est la même que pour le cul-de-sac antérieur. L'incision du péritoine descend plus bas qu'en avant.

Le cul-de-sac de Douglas étant perforé, on élargit l'ouverture, comme dans le premier cas.

6° **Section de la partie supérieure des ligaments larges.** Les ligaments larges sont sectionnés en dedans des ligatures, tout le long des bords de l'utérus. Il ne reste plus alors que la partie tout inférieure de ces ligaments, qui n'est pas liée et qui contient l'artère utérine.

7° **Hémostase de la partie inférieure des ligaments larges** (artères utérines). La petite portion des ligaments larges, qui retient encore l'utérus de chaque côté, est liée.

8° **Extirpation de l'utérus avec la tumeur.** Le reste des ligaments larges étant sectionné, l'utérus est enlevé en totalité par l'abdomen.

La toilette du péritoine est faite avec de l'eau phéniquée à 2 pour cent.

9° **Suture du péritoine aux deux lèvres vaginales.** Le bord libre du lambeau péritonéal antérieur est suturé à la lèvre vaginale correspondante ; le bord libre du lambeau postérieur, à la lèvre postérieure du vagin.

Un drain en T est introduit dans l'excavation pelvienne, le drain sort par le vagin. Plusieurs autres drains sont

placés dans le petit bassin. Ce drainage a pour Bardenheuer une très grande importance.

La suture de la paroi abdominale est faite sur deux plans ; le premier plan péritonéal au catgut, le deuxième, muscles et peau ensemble, au fil d'argent.

Soins consécutifs. Le tube en T est retiré du sixième au dixième jour et remplacé par un drain ordinaire. Les autres drains sont nettoyés tous les jours.

Procédé de Boldt (1).

Le procédé de Boldt n'est que le procédé de Bardenheuer légérement modifié.

Temps vaginal.

1° Désinsertion du vagin. — Incision circulaire sur le col utérin, comme dans le procédé de Bardenheuer.

2° Décollement de la vessie et du rectum, — L'incision une fois faite, comme dans l'hystérectomie vaginale, on décolle la vessie, en avant de l'utérus, avec le doigt, ou avec des ciseaux.

Une fois la face antérieure de l'utérus libérée, on passe à sa face postérieure, et le rectum est décollé comme la vessie. Avec le doigt, on cherche à pénétrer dans le cul-de-sac de Douglas.

3° Hémostase de la partie inférieure des ligaments larges. — La partie inférieure de ces ligaments, dans la zone des artères utérines est liée au catgut.

Le vagin est bourré à la gaze iodoformée, et une lanière remonte dans la cavité abdominale par le cul-de-sac de Douglas.

(1) Boldt. (*Amer. Jour. of Obst.* p. 832. Juin, 1893).

Temps abdominal.

1° Laparotomie.

2° Extériorisation de la tumeur.

3° Hémostase de la partie inférieure des ligaments larges.— Cette hémostase n'a rien de spécial, elle se fait comme dans le procédé de Bardenheuer.

4° Incision du péritoine antérieur. Décollement de la vessie. — La vessie étant préalablemet distendue par une petite quantité d'eau boriquée tiède, on incise le péritoine, de la face antérieure de l'utérus à un demi-travers de doigt du cul-de-sac vésico-utérin. La vessie est alors facilement décollée, une grande étendue de sa face postérieure étant déjà libérée par le vagin.

5° Décollement du rectum. — Le rectum étant en grande partie décollé par le vagin, il suffit, par l'abdomen, d'agrandir l'ouverture du cul-de-sac de Douglas avec l'index, pour refouler complètement le rectum en arrière.

6° Section des ligaments larges. — Les ligaments larges sont sectionnés dans toute leur longueur, en dedans des ligatures.

7° Extirpation de l'utèrus avec la tumeur — L'utérus qui est alors complètement libéré, est enlevé en bloc par l'abdomen.

8° Sutures au niveau du plancher pelvien. Fermeture de la cavité pelvienne. — Boldt ferme l'orifice supérieur du vagin au catgut, en unissant la lèvre antérieure à la lèvre postérieure.

Les deux bords du péritoine sont, à leur tour, suturés à l'aide d'un surjet au catgut. Le petit bassin se trouve ainsi complètement fermé, en bas, par un double plan péritonéal et vaginal.

Le drainage est supprimé, dans le procédé de Boldt; il ne l'applique que dans des cas tout à fait exceptionnels, et alors il se sert d'une lanière de gaze iodoformée.

Procédé de Routier (1)

Temps vaginal.

1° **Désinsertion du vagin. Décollement de la vessie et du rectum.** La désinsertion du vagin est commencée par la face postérieure du col. On pratique sur cette face postérieure, à deux centimètres du bord libre, une incision transversale, sans entamer les insertions latérales du vagin.

Avec les doigts, ou les ciseaux, on détache le vagin, en essayant d'ouvrir le cul-de-sac postérieur. Si on n'arrive pas à ouvrir ce cul-de-sac, on se contente de détacher tout simplement le vagin. Quand la tranche vaginale saigne, on place une ou deux pinces hémostatiques, ou une éponge montée, quand elle saigne en nappe.

Si l'ouverture du cul-de-sac postérieur a donné issue à du pus, on fait un grand drainage, et l'opération est remise à une autre époque.

La désinsertion du vagin, en avant du col, se pratique de la même manière. Quand le cul-de-sac antérieur est difficile à ouvrir, on ne s'attarde pas trop et on se contente de désinsérer le vagin. La désinsertion obtenue, on lave le vagin au sublimé faible et une grande éponge montée, remplace celle qui occupe le cul-de-sac postérieur.

Temps abdominal. La malade est placée en position inclinée.

1° **Laparotomie.** Une fois la cavité abdominale ouverte, on cherche les annexes. Quand celles-ci sont adhérentes,

(1) Diriart. (*Thèse*, Paris, 1897).

on essaye de les détacher. Quand les annexes sont suppurées et forment des poches, avant de les décortiquer, il faut vider ces poches avec un appareil aspirateur.

2e **Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges. Extirpation des annexes.** Avec une aiguille de Deschamps, on passe en dehors des annexes (et de chaque côté) deux fils qui sont liés. La partie supérieure des ligaments larges est alors sectionnée entre les deux ligatures. Les annexes sont extirpées et les pédicules cautérisés au thermo-cautère.

3° **Extériorisation de la tumeur Enucléation des fibromes.** Si le fibrome est développé dans l'abdomen, avec les deux mains placées derrière, il est facilement luxé au dehors.

Si, au contraire, la sortie du fibrome, au dehors du ventre, est difficile, ou si le fibrome est enclavé dans le petit bassin, il faut faire la décortication du fibrome.

Un tire-bouchon étant enfoncé dans la tumeur, l'aide tire fortement sur lui. L'opérateur fait alors, sur la face antérieure du fibrome, une longue incision verticale et médiane, qui descend jusqu'à trois ou quatre centimètres au-dessous du cul-de-sac antérieur. Avec une pince et un bistouri courbe ou droit, il enlève du fibrome le plus de tissu possible ; plusieurs morceaux sont ainsi enlevés jusqu'à ce que l'on juge la décortication suffisante. Si des vaisseaux donnent pendant qu'on pratique la décortication, on applique des pinces. Les deux lèvres de l'incision sont raprochées par une pince. On obtient de la sorte une véritable coque utérine, mobile dans tous les sens, qui remplace la tumeur.

4° **Ouverture des culs-de-sac antérieur et postérieur.** Quand les deux culs-de-sac ont été ouverts, par le vagin, on se contente, par l'abdomen, de les agrandir. De deux ou trois coups de ciseaux on libère les deux orifices et on les agrandit, en y introduisant les deux index et en les éloignant.

La vessie et le rectum sont alors complètement décollés.

Si les deux culs-de-sac n'ont pas été ouverts par le vagin, on procède de la manière suivante : Pour le cul-de-sac antérieur, on incise transversalement le péritoine sur la face antérieure de l'utérus et on décolle la vessie ; le cul-de-sac étant alors ouvert, on l'agrandit avec les deux index.

Pour le cul-de-sac postérieur, l'utérus étant basculé sur le pubis, on fait une prise sur la face postérieure du fibrome et on entre facilement dans le vagin.

5° **Hémostase des ligaments larges, à l'aide des liens élastiques.** On commence indifféremment par le ligament droit ou gauche.

L'utérus étant attiré, à gauche, par l'aide, le chirurgien introduit la main droite (munie d'un lien élastique), derrière le fibrome, et, avec le doigt, il cherche le bord droit du col utérin. Le lien élastique est alors poussé, du cul-de-sac postérieur, dans le cul-de sac antérieur, par dessous le ligament large droit. Une fois que son extrémité est bien apparente dans le cul-de-sac antérieur, on l'attire en haut et en avant et on le fait passer par dessus le ligament large. Cette extrémité est alors passée une deuxième fois sous le ligament et entrecroisée avec l'autre extrémité du lien élastique.

Le lien forme donc deux tours autour du ligament, et à chaque fois on exerce sur lui de fortes tractions, pour bien serrer ce ligament.

Une fois les deux chefs entrecroisés, l'aide applique une ligature à la soie sur le lien élastique, au niveau de l'entrecroisement. Le ligament large est alors sectionné à l'aide de ciseaux qui empiètent sur le tissu utérin.

La manœuvre est identique pour le ligament large gauche, mais l'application du lien élastique est plus facile de ce côté. A l'aide d'une pince placée sur le bord droit de l'utérus ou du col, on bascule cet organe à gauche ; le lien élastique est alors introduit, comme à droite, et arrêté, comme dans le premier cas, par un fil de soie posé au niveau de l'entrecroisement des deux chefs élastiques.

6° **Extirpation de la tumeur**. En sectionnant le ligament large gauche, l'utérus est enlevé en totalité avec la tumeur.

Les deux liens élastiques sont alors attirés dans le vagin, à l'aide d'une pince introduite dans le vagin.

Une mèche de gaze iodoformée assure le drainage vaginal.

Quand l'opération a été pénible, ou qu'on a eu des salpingites à décortiquer, M. Routier promène, dans le petit bassin, une éponge imbibée de poudre d'iodoforme (!).

Procédé de Rouffart (1)

Le procédé de Rouffart diffère peu des procédés de Bardenheuer et de Boldt.

(1) Rouffart. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* de Bruxelles, 9 mai, 1891).

Temps vaginal.

1° **Désinsertion du vagin.** Incision comme dans les autres procédés.

2° **Décollement de la vessie et du rectum.** Le décollement de la vessie et du rectum est poussé le plus haut possible, en avant et en arrière de l'utérus.

3° **Hémostase d'une grande partie des ligaments larges.** On place sur les ligaments larges des pinces (à ligaments larges), qui saisissent ces ligaments le plus haut possible, et qui restent à demeure.

Ce procédé diffère donc des procédés de Bardenheuer et de Boldt, non seulement par l'hémostase très étendue des ligaments larges, hémostase faite par le vagin, mais surtout par le remplacement des ligatures par des pinces.

4° **Section de la partie inférieure des ligaments larges.** On sectionne ces ligaments en dedans des pinces. L'utérus est ainsi libéré, non seulement en avant et en arrière, mais aussi sur les parties latéro-inférieures.

Le vagin est tamponné à la gaze iodoformée.

Temps abdominal.

1° **Laparotomie.**

2° **Extériorisation de la tumeur.**

3° **Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges.** L'hémostase se fait comme par le vagin, à l'aide des pinces à ligaments larges.

4° **Incision du péritoine antérieur. Décollement de la vessie.** Le plus souvent le cul-de-sac vésico-utérin est ouvert par le vagin et la vessie en grande partie décollée ; dans le cas contraire, l'incision du péritoine et le décolle-

ment de la vessie se font comme dans les autres procédés.

5° **Décollement du rectum**. Le rectum, comme la vessie, a été décollé par le vagin. S'il reste encore quelque partie adhérente, on agit comme dans les cas indiqués plus haut.

6° **Extirpation de l'utérus avec la tumeur**. Ce qui reste des ligaments larges est sectionné en dedans des pinces, et l'utérus, qui n'adhère plus par aucune attache (la partie inférieure des ligaments larges étant sectionnée par le vagin), s'enlève en totalité par l'abdomen.

Après avoir remplacé les pinces qui font l'hémostase de la partie supérieure des ligaments larges, par des ligatures, (les pinces vaginales restant à demeure), Rouffart ferme le ventre, sans fermer l'orifice supérieur du vagin et sans suturer les lèvres du péritoine décollé.

Le drainage est facultatif.

Ancien procédé de Jacobs (1)

L'ancien procédé de Jacobs diffère très peu de celui de Rouffart. Il n'est qu'une simple modification de ce dernier.

Temps vaginal.

Désinsertion du vagin. Le vagin est incisé au thermo-cautère. Jacobs emploie le thermo-cautère, même pour l'hystérectomie vaginale. Il est certain qu'en employant le thermo-cautère on ne perd pas de sang ; (notre éminent maître, M. Championnière est partisan du thermo-cautère dans ce cas). Les autres manœuvres, qu'on pratique par le vagin, sont identiques à celles de Rouffart ; nous pouvons donc nous dispenser de les décrire.

(1) Jacobs. (*Nouvelles Archives d'Obst. et de Gyn.* 25 oct. 1893).

Temps abdominal.

Pour les manœuvres abdominales, comme pour les manœuvres vaginales, les deux procédés de Jacobs et de Rouffart sont identiques ; il n'y a que la manière de pratiquer l'hémostase de la partie supérieure des ligaments larges, qui est différente.

Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges. Cette hémostase est obtenue dans le procédé de Jacobs, à l'aide de deux pinces qui prennent les ligaments larges jusqu'à la rencontre des pinces vaginales.

Une fois la tumeur enlevée, les pinces abdominales sont remplacées par de longues pinces vaginales, qui saisissent toute la hauteur des ligaments larges. Au Congrès international de Rome de 1894, Jacobs a montré des pinces, qu'il place sur les ligaments larges, par l'abdomen, et dont on peut enlever les manches, les mors restant en place. Une fois que ces pinces sont appliquées, Jacobs enlève les manches et les adapte par le vagin.

Procédé de Moulonguet (1)

Moulonguet, sur quatre observations, qu'il a communiquées au Congrès de chirurgie de 1895, a enlevé deux fois le col par le vagin ; dans les deux autres cas, les manœuvres vaginales se sont arrêtées à l'ouverture des culs-de-sac et au placement des pinces, sans toucher au col. Ces derniers cas rentrent dans notre sujet et nous allons décrire le manuel opératoire.

Ce procédé de Moulonguet ressemble beaucoup au procédé ancien de Richelot. Moulonguet n'emploie pas le plan incliné.

(1) Moulonguet. (*Annales de Gyn. et d'Obst*, nov. 1895).

Temps vaginal.

1°. **Désinsertion du vagin**. Après avoir placé les deux valves vaginales et pincé le col, on fait l'incision circulaire du vagin autour du col.

2°. **Décollement de la vessie et du rectum**. Avec les doigts et la pointe des ciseaux, on décolle la vessie en avant et le rectum en arrière.

Le cul-de-sac péritonéal antérieur est ouvert, il en est de même du cul-de sac postérieur, quand la manœuvre est facile, si non ce cul-de-sac postérieur ost ouvert par l'abdomen.

3°. **Hémostase provisoire de la partie inférieure des ligaments larges**. Une fois la vessie et le rectum bien décollés, on applique, sur la partie inférieure des ligaments larges, dans une étendue de deux à trois centimètres, et de chaque côté, une pince à mors longs de 10 centimètres.

Comme les deux pinces ne saisissent que très peu de ligaments, une grande partie de leur longueur reste au dehors du vagin. Il faut donc les bien couvrir de compresses stérilisées avant de passer aux manœuvres abdominales. Le vagin est tamponné à la gaze iodoformée, si la tranche vaginale saigne.

Temps abdominal.

1°). **Laparatomie**.

2°). **Extériorisation de la tumeur**. La tumeur est attirée au dehors, après avoir détaché les adhérences.

3°). **Application d'un lien élastique**. On applique un lien élastique le plus bas possible; les deux bouts sont pincés entre les mors d'une pince, après avoir bien serré la tumeur.

4°). **Abblation de la tumeur au-dessus du lien plastique**, pour faciliter les manœuvres et voir facilement dans le petit bassin.

5)°. **Ouverture des culs-de-sac antérieur et postérieur.** Quand les culs-de-sac vaginaux n'ont pas été ouverts par le vagin, on les ouvre à ce moment. L'aide pousse légèrement en haut les pinces vaginales et fait saillir leurs extrémités dans l'abdomen, de telle sorte qu'on les voit ou qu'on les sent sous le doigt.

Si le cul-de-sac postérieur n'a pas été ouvert, on l'ouvre par une incision transversale rasant la face postérieure de l'utérus; l'incision s'étend de l'extrémité d'une pince à l'autre.

La même manœuvre est appliquée au cul-de sac antérieur, quand il est encore intact.

6°. **Hémostase définitive des ligaments larges.** La tumeur étant complètement libérée sur ses faces antérieure et postérieure, on passe à l'hémostase définitive des ligaments larges.

L'un des ligaments est pincé de la main gauche, dans toute sa hauteur, entre le poucee et l'index ; de la main droite on desserre la pince vaginale correspondante et on l'enfonce dans l'abdomen, jusqu'à ce qu'elle saisisse entre ses mors toute la hauteur du ligament large.

On agit de la même manière du côté opposé, et l'hémostase définitive sans ligatures, mais à l'aide des deux pinces, est obtenue.

Pour mieux assurer l'hémostase, surtout en ce qui concerne le bord supérieur des ligaments larges qui peut déraper, Moulonguet place par le vagin, en dedans des

grandes pinces, deux autres pinces longuettes de précaution.

7° **Extirpation du pédicule**. Ce qui reste de la tumeur est enlevé par l'abdomen, après avoir sectionné les ligaments larges, en dehors des pinces.

L'abdomen est fermé et le vagin tamponné avec une mèche de gaze iodoformée, fortement chargée d'iodoforme.

B. PROCÉDÉS AVEC PLACEMENT DES PINCES PAR LE VAGIN

Dans les procédés que nous allons décrire, les manœuvres vaginales sont limitées au placement des pinces par le vagin.

Procédé de Péan (1)

1° **Laparotomie**.

2° **Extériorisation de la tumeur**. Les adhérences qui peuvent se trouver sont détachées, et le fibrome est attiré au dehors avec la main plongée derrière la tumeur, ou en traversant la tumeur avec un trocard courbe spécial.

3° **Application d'un lien élastique**. Un lien de caoutchouc résistant enserre la tumeur le plus bas possible, en prenant en même temps les ligaments larges. Une pince est placée sur le nœud du caoutchouc et l'empêche de se desserrer. Quand la tumeur est incluse dans le segment inférieur de l'utérus, il n'est pas nécessaire d'appliquer ce lien élastique. Dans ce cas, comme les annexes et le bord supérieur des ligaments larges remontent très haut au-dessus de l'utérus, on place, sur chaque

(1) Péan. (*Gaz. des hôpitaux*. N° 91, 6 août 1895).

ligament large, tout près de cet organe, deux rangées de pinces, qui assurent l'hémostase, et on sectionne les ligaments entre les pinces.

4° **Incision du péritoine antérieur et postérieur. Décollement de la vessie et du rectum.** On incise transversalement le péritoine sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus, au-dessous du lien élastique, et on confectionne les deux lambeaux péritonéaux qui sont décollés jusqu'au vagin. La vessie est refoulée en avant.

5° **Application des fils métalliques.** Quand les deux lambeaux péritoneaux ont été décollés, à l'aide d'une aiguille forte à manche courbe, on place un fil métallique double, le plus bas possible, sur le col de l'utérus au-dessous du lien élastique. Les fils traversent le col d'avant en arrière et sortent entre l'utérus et les deux lambeaux péritonéaux. Les deux chefs de chaque fil sont alors noués ensemble de chaque côté, chacun d'eux enserrant la moitié du col utérin, en même temps que le ligament large correspondant.

La constriction doit être assez forte pour empêcher le moignon de saigner, une fois que la partie supérieure de l'utérus est enlevée.

6° **Amputation de la tumeur au-dessus des fils métalliques.** La tumeur est excisée à trois centimètres au-dessus des fils métalliques ; cette excision se fait par morcellement.

7° **Désinsertion du vagin. Extirpation du moignon.** Pour enlever ce qui reste de l'utérus, on divise verticalement le col utérin, jusque dans le vagin, soit avec un bistouri, soit avec des ciseaux. Cette division passe entre les deux

fils et elle partage le col en deux moitiés, droite et gauche. Le vagin se trouve alors ouvert.

On saisit chaque moitié du col avec une pince de Museux et en l'attirant en haut on désinsère le vagin tout autour. Pendant ce temps, quelques pinces longuettes sont appliquées sur les vaisseaux de la base des ligaments larges et de la surface de section péritonéo-vaginale.

8° **Hémostase des ligaments larges.** Les pinces peuvent être remplacées par des ligatures, ou, ce qui vaut mieux, pour Péan, on introduit par le vagin des pinces qui prennent les ligaments larges et qui restent à demeure. L'opérateur guide les mors des pinces avec le doigt introduit dans le vagin.

Péan avait construit des pinces spéciales, destinées à faciliter le pincement des ligaments larges par le vagin. Ce sont des pinces fenêtrées, ordinaires, dont les mors portent à leur extrémité libre, un petit anneau. Quand on applique ces pinces, pour bien placer les mors on fait passer, par les anneaux, les extrémités d'un fil métallique, dont la partie centrale est placée sur le ligament large correspondant au niveau de l'abdomen ; le fil sert de conducteur pour les mors des pinces.

Les ligaments larges une fois pincés, on les attire du côté du vagin.

9° **Sutures au niveau du plancher pelvien.** Les deux lambeaux péritonéaux peuvent être alors suturés l'un à l'autre et le plancher pelvien se trouve ainsi formé. On peut aussi laisser l'orifice supérieur du vagin ouvert en totalité ou en partie.

Les pinces sont enlevées au bout de 48 heures.

Procédé de Lanphéar (1).

1° **Laparotomie**.

2° **Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges.** Lanphear fait cette hémostase, sans sortir la tumeur de l'abdomen. On applique une ligature de chaque côté de l'utérus, en dehors des annexes, sur les ligaments larges, dans la zone des vaisseaux utéro-ovariens. Une pince à ligament large est placée, de chaque côté, en dedans des ligatures.

3° **Section de la partie supérieure des ligaments larges**. Les ligaments larges sont alors sectionnés entre les pinces et les ligatures.

4° **Exteriorisation de la tumeur**. L'utérus, dégagé de ses attaches supérieures, est facilement attiré au dehors.

5° **Incision du péritoine antérieur. Décollement de la vessie**. Le péritoine de la face antérieure de l'utérus est incisé et la vessie décollée jusqu'à l'insertion du vagin.

6° **Incision du péritoine postérieure. Décollement du rectum**. La même manœuvre est appliquée au péritoine de la face postérieure et le rectum est refoulé en arrière.

7° **Ouverture du cul-de-sac antérieur**. Le cul-de-sac vaginal antérieur est perforé aux ciseaux sur le doigt d'un aide, introduit par le vagin.

8° **Ouverture du cul-de-sac postérieur**. Cette ouverture se fait suivant la même méthode que celle du cul-de-sac antérieur, sur un doigt introduit dans le vagin. La manœuvre est plus facile ici, que pour le cul-de-sac antérieur.

(1) Lanphear. (*Medical Record*, p. 5. Juillet 1893).

9° **Hémostase de la partie inférieure des ligaments larges.** L'utérus étant attiré en haut et sur le côté, on introduit, par le vagin, une pince à hystérectomie de Polk. Avec une main dans l'abdomen, on dirige l'extrémité de la pince. Celle-ci est placée le plus près de l'utérus, sur la partie inférieure du ligament large, son extrémité arrivant au contact des ligatures.

Une deuxième pince est appliquée sur le ligament du côté opposé.

10° **Extirpation de l'utérus avec la tumeur.** Le reste des ligaments larges étant sectionné en dedans des pinces, le plus près possible de l'utérus, la tumeur est enlevée en bloc, par l'abdomen, avec ses annexes.

Lanphear ne fait pas de sutures sur le péritoine pelvien; il laisse l'orifice supérieur du vagin ouvert. Il ne fait pas de drainage.

Ancien procédé de Doyen (1).

Ce procédé se distingue des procédés que nous venons de voir, par l'absence de toute hémostase préventive ; les ligaments larges sont sectionnés avant d'avoir été liés ; par la formation d'une vaste collerette péritonéale, et par le mode spécial d'hémostase définitive.

1° **Laparotomie.**

2° **Extériorisation de la tumeur.** La tumeur sortie du ventre et rabattue sur le pubis est recouverte de compresses stérilisées.

3° **Incision longitudinale du péritoine postérieur.** Le péritoine postérieur est incisé longitudinalement, d'un seul coup, depuis le cul-de-sac de Douglas, jusqu'au point le plus saillant de la tumeur.

(1) Doyen. (*Archives provinciales de Chir.* p. 498. Déc. 1892).

4° **Ouverture du cul-de-sac postérieur.** Le cul-de-sac vaginal postérieur est ouvert, de haut en bas, sur une longue pince introduite par le vagin. L'orifice est élargi avec l'index.

5° **Incision en raquette du péritoine antérieur et postérieur.** Le péritoine qui couvre l'utérus est incisé en raquette, en suivant l'équateur de la tumeur. La raquette commence au niveau de l'incision longitudinale postérieure, elle passe de chaque côté au-dessus des annexes, en avant, très loin de la vessie, et vient finir au point de départ.

6° **Section du ligament large gauche.** Un aide prend, entre ses doigts, le ligament large gauche et le tend ; l'opérateur sectionne alors rapidement, au bistouri ou aux ciseaux, ce ligament en empiétant sur le tissu utérin. L'arcade artérielle utéro-ovarienne, que Doyen décrit, est ainsi rejetée en dehors, avec le péritoine, sans être sectionnée.

7° **Hémostase de la partie supérieure du ligament large gauche.** On place une ligature au-dessous des annexes gauches ; celle-ci suffit pour assurer l'hémostase.

8° **Décollement de la raquette.** Le péritoine est décollé avec les doigts ou à l'aide des ciseaux mousses, et les deux faces antérieure et postérieure de l'utérus se trouvent libérées.

9° **Section du ligament large droit.** La même manœuvre, qui a servi pour le ligament large gauche, est répétée du côté droit. L'aide tient le ligament tendu entre ses doigts, pendant qu'on le sectionne.

10° **Hémostase de la partie supérieure du ligament large droit.** Une ligature, pareille à celle du côté gauche, est placée au-dessous des annexes droites.

11° **Extirpation de l'utérus avec la tumeur.** Le reste des attaches de l'utérus est coupé au bistouri, ou aux ciseaux mousses, en rasant le tissu utérin, et en complétant la décortication sous-péritonéale.

Le col peut être saisi, par l'ouverture du cul-de-sac postérieur (où il apparaît), à l'aide d'une pince, et détaché de bas en haut.

Il est à peine besoin de lier une ou deux artérioles au niveau du col.

12° **Passage des fils dans le vagin.** La tumeur étant enlevée, les deux ligatures latérales qui font l'hémostase des pédicules sont passées dans le vagin.

Les fils attirent la collerette péritonéale et les annexes qui font saillie à la vulve.

Le ventre est fermé, provisoirement, avec trois ou quatre pinces à griffes mousses.

13e **Application des pinces vaginales.** On place, au-dessous des annexes, deux pinces à mors élastiques, de Doyen et, par-dessus, deux autres pinces de renfort, comme dans l'hystérectomie vaginale. Les pinces ne doivent pas faire saillie dans la cavité pelvienne. Tout ce qui dépasse les pinces est alors enlevé (les annexes et une partie de la collerette péritonéale).

14° **Sutures péritonéales.** Après avoir placé un double drain dans le cul-de-sac postérieur, Doyen fait une suture en bourse, ou place des points séparés sur le péritoine du détroit supérieur; de telle sorte que le péritoine qui

couvre la vessie, le rectum, l'S iliaque et l'orifice pelvien, est rapproché et l'orifice fermé. Quand c'est possible, avant de fermer cet orifice, Doyen met quelques points de suture sur le péritoine du plancher pelvien.

L'opération dure en tout (la fermeture du ventre comprise, de vingt-cinq à trente minutes, rarement une heure, ou une heure et demie.

Dans le cas de tumeurs adhérentes, ou quand on se trouve dans l'impossibilité d'aborder immédiatement le cul-de-sac postérieur, Doyen recommande d'énucléer, tout d'abord, la tumeur et d'extirper l'utérus ensuite. Pourcela, on commence par inciser le péritoine sur le point culminant de la tumeur, et on énuclée celle-ci, par une décortication sous-péritonéale, à l'aide des doigts et des ciseaux.

L'utérus est ensuite enlevé, en perforant le cul-de-sac postérieur, et en agissant comme il a été dit.

Les tumeurs solides ou purulentes du ligament large, adhérentes à l'utérus, s'enlèvent par le même procédé, le péritoine qui les revêt est attiré dans le vagin avec la collerette.

Ancien procédé de Richelot (1).

L'ancien procédé de Richelot diffère des autres procédés, par l'absence de toute ligature sur les ligaments larges et leur remplacement par deux pinces vaginales à demeure ; de plus, il n'ouvre pas le cul-de-sac postérieur; il pratique seulement deux orifices pour le passage des mors postérieurs des pinces. Richelot se place à gauche de la malade pour commencer et, plus tard, du côté droit ; il se sert du plan incliné.

(1) Richelot. (*Presse Médicale.* N° 54. 2 nov. 1895).

1° **Laparotomie**.

2° **Extériorisation de la tumeur**.

3° **Enucléation préliminaire**. Extirpation des fibromes qui gênent. Une fois la tumeur sous les yeux, si on trouve des fibromes qui gênent, il faut les enlever avant de faire l'hystérectomie elle-même. Les fibromes pédiculés sont enlevés à l'aide d'un coup de ciseaux. Les fibromes interstitiels du corps sont énucléés et, quelques pinces mises sur les parois de la loge qui les contient, arrêtent l'hémorrhagie. Quand un gros fibrome est inclus dans le segment postérieur et qu'il gène, il faut faire une incision médiane de l'utérus et l'énucléer ,ou le morceler. C'est seulement à ce moment, quand l'utérus flasque devient mobile au-dessus du petit bassin, que commence l'hystérectomie proprement dite.

4° **Incision du péritoine antérieur. Décollement de la vessie**. Le péritoine de la face antérieure de l'utérus est incisé et un lambean constitué. La vessie est décollée et rejetée vers le pubis.

5° **Ouverture du cul de sac antérieur**. L'opérateur, qui est placé en ce moment à gauche de la malade, introduit son index gauche dans le vagin et fait saillir le cul de sac antérieur. Avec les ciseaux il rase la face antérieure de l'utérus, jusqu'à ce qu'il ouvre le cul-de-sac antérieur. L'ouverture du cul-de-sac est agrandie légèrement en rasant le col avec les ciseaux. Il faut faire attention à ce moment, à ne pas donner un coup de ciseau trop étendu qui couperait les utérines.

M. Richelot insiste sur l'ouverture de ce cul-de-sac antérieur, qui est le seul perforé, de telle sorte qu'on n'a

pas besoin de rabattre en avant la tumeur, de disséquer en arrière et de faire saigner la tranche vaginale postérieure. Il y trouve une économie de temps et l'opération est plus expéditive.

6° **Formation d'un orifice à la base du ligament large.** Le cul-de-sac antérieur étant ouvert, pour pouvoir passer en arrière du ligament large un des mors de la pince il faut « pratiquer, avec la pointe des ciseaux mousses, un étroit orifice, à la base du ligament large, au ras du col, immédiatement au dessus de l'insertion vaginale ». Pour trouver le point où il faut pratiquer cet orifice, on embrasse de la main gauche le ligament large, « l'orifice est immédiatement au dessus de l'insertion vaginale et non dans cette insertion. Cet orifice est un point précis, où on met la première pince dans l'hystérectomie vaginale, celle qui doit saisir le tronc, ou les branches de l'artère utérine. Il est au dessus de l'uretère. Donc la pince, en traversant l'orifice, prendra l'artère et évitera l'uretère ».

7° **Hémostase des ligaments larges. Passage des pinces vaginales.** Les deux pinces qui servent pour l'hémostase des deux ligaments larges, sont des pinces « courbes sur le champ, dont les mors ont neuf à dix centimètres. Elles ont beaucoup de bande pour serrer, à leurs extrémités aussi bien qu'à leur base, et ne pas lâcher le bord supérieur ».

Pour placer les pinces, les ligaments larges étant embrassés successivement par la main gauche, avec la droite on introduit une des pinces par le vagin ; le mors postérieur passe dans l'orifice, le mors antérieur par l'ouverture du cul-de-sac antérieur. La pince est serrée, une fois que

son extrémité a dépassé le bord supérieur du ligament large.

La manœuvre est identique pour l'application de la deuxième pince sur le ligament large du côté opposé.

Les ligaments larges sont toujours pris en totalité. Ils n'ont jamais trop de hauteur, quand l'énucléation préliminaire a été faite et que le segment inférieur est libre.

M. Richelot montre que le pincement des ligaments larges est le temps le moins difficile de son procédé. Ce qui peut donner quelque peine, c'est l'énucléation des fibromes, mais ceux-ci une fois enlevés, le reste de l'opération est d'une exécution facile.

8° **Section des ligaments larges. Désinsertion postérieure du vagin**. Les ligaments larges sont sectionnés en dedans des pinces. L'insertion postérieure du vagin est coupée en dernier lieu. La tranche vaginale postérieure donne toujours du sang; Richelot fait une hémostase absolue, soit à l'aide d'un surjet au catgut, soit à l'aide de deux ou trois pinces « longuettes de seize », introduites par le vagin.

9° **Extirpation de l'Utérus**. Une fois toutes les attaches coupées, l'utérus est enlevé en totalité. M. Richelot applique comme drainage plusieurs tampons d'ouate iodoformée ; ces tampons sont introduits par le vagin et non par l'abdomen ; leur introduction est facilitée, grâce à une valve vaginale antérieure.

C.— PROCÉDÉS PUREMENT ABDOMINAUX

Les procédés qui vont suivre présentent des manœuvres purement abdominales ; rien n'est fait par le vagin.

Procédé de Chrobak (1).

1° **Laparotomie.**

2° **Extériorisation de la tumeur.**

3° **Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges.** On place des ligatures sur la partie supérieure des ligaments larges, en descendant le plus bas possible. Les fils sont passés doubles de chaque côté de l'utérus et, une fois coupés, on obtient, en les nouant, deux rangées de ligatures sur chaque ligament large.

4° **Section de la partie supérieure des ligaments larges.** Les ligaments larges sont sectionnés entre les deux rangées de ligatures. L'utérus ne saigne pas, grâce aux ligatures placées en dedans.

5° **Incision du péritoine antérieur. Décollement de la vessie.** Le péritoine est incisé transversalement, en avant de l'utérus, à deux ou trois travers de doigt au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin. — Avec les doigts le péritoine est décollé et la vessie refoulée en avant. On cherche à descendre le plus bas possible, en décollant le péritoine, pour obtenir un lambeau suffisant.

6° **Incision du péritoine postérieur. Décollement du rectum.** La même manœuvre est appliquée au péritoine, de la face postérieure de l'utérus. Ce péritoine est incisé à la même hauteur et le rectum est refoulé en arrière.

On arrive ainsi aux insertions du vagin sur le col utérin.

7° **Application d'un lien élastique.** Pour pouvoir enlever toute la partie supérieure de l'utérus, Chrobak fait l'hémostase provisoire de la base de la tumeur. Il applique donc un lien élastique sur la base de l'utérus.

(1) Chrobak. (*Centralb. f. gyn.* n° 9 et n° 35, 1891, et n° 20, 1893).

8° **Ablation de la tumeur au-dessus du lien élastique.** Une fois la tumeur enlevée, on cautérise au thermo-cautère le pédicule et la muqueuse de la cavité cervicale.

Si le pédicule est trop gros, Chrobak le fait traverser par un ou plusieurs fils de soie, qui, étant serrés, diminuent son volume. — On couvre alors le moignon de gaze iodoformée.

9° **Ouverture du cul-de-sac postérieur.** Pour ouvrir le cul-de-sac vaginal postérieur, Chrobak, au début de ses hystérectomies, l'incisait sur le doigt d'un aide, ou sur l'extrémité d'une sonde utérine introduite dans le vagin. Pour remédier à l'inconvénient que présentait cette pratique, il a inventé une sorte de sonde malléable en T, formée de deux branches, une verticale et une autre transversale, cette dernière très courte, soudée à l'extrémité de la branche verticale et présentant, sur son bord libre, une rainure pareille à une sonde cannelée.

La sonde étant introduite par le vagin, dans le cul-de-sac postérieur, après avoir enlevé la gaze iodoformée, mise la veille de l'opération, l'aide soulève ce cul-de-sac dans l'abdomen, la branche transversale refoule le col en avant. L'opérateur saisit le cul-de-sac avec une pince et l'attire en arrière, pour inciser le plus en avant possible ; cette incision est faite sur la cannelure de la branche transversale, qu'on sent très bien avec le doigt, et elle porte juste sur l'insertion de la muqueuse au col utérin.

10° **Hémostase de la partie inférieure des ligaments larges.** On introduit le doigt dans le vagin, par le cul-de-sac postérieur, et, sur ce doigt conducteur, on place une ligature sur chaque partie inférieure du ligament large.

Les ligatures une fois placées, on sectionne, en dedans des ligatures, ce qui reste des ligaments larges, en ayant soin de laisser adhérent aux ligaments un peu de tissu du col utérin, pour que les ligatures ne glissent pas.

11° **Ouverture du cul-de-sac antérieur.** La sonde de Chrobak étant introduite dans le cul-de-sac vaginal antérieur, on manœuvre et on incise de la même manière qu'en arrière.

12° **Extirpation du pédicule.** Ce qui restait de l'utérus ne présentant plus aucune attache, est enlevé.

13° **Sutures au niveau du plancher pelvien.** Les deux tranches vaginales de l'orifice sont suturées. On accole de même l'un à l'autre les deux lambeaux péritonéaux et on les suture ensemble. Enfin Chrobak met des sutures pour rapprocher et faire disparaître les surfaces dénudées du petit bassin, qui, pour lui, favorisent la septicémie.

Le vagin est tamponné à la gaze iodoformée.

Procédé de Lennander (1).

Le procédé de Lennander diffère très peu de celui de Chrobak. La différence consiste seulement dans quelques détails insignifiants, comme l'ouverture des culs-de-sac et l'emploi du catgut à la place de la soie, pour toutes les ligatures et les sutures.

On peut répéter ici ce que nous avons dit dans le procédé de Chrobak ; les divers temps de l'opération sont les mêmes et la manière de procéder ne diffère que par les points suivants : une fois l'hémostase et la section de la partie supérieure des ligaments larges faites, la partie

(1) Lennander. (*Centralb. f. Gyn.* n° 12, 1892 et n° 36, 1893).

supérieure de la tumeur étant enlevée, on passe au décollement du péritoine antérieur et postérieur. Les deux lambeaux péritonéaux étant constitués, Lennander pratique :

1° **L'ouverture du cul-de-sac postérieur**, sans se servir de la sonde de Chrobak. Cette ouverture est faite de telle manière que le tissu du col utérin est entamé et que la tranche vaginale postérieure sectionnée adhère à ce tissu.

2° **L'ouverture du cul-de-sac antérieur**, se fait de la même manière que l'ouverture du cul de sac postérieur, en sectionnant la tranche vaginale antérieure avec une partie du tissu utérin, qui lui reste adhérent. Lennander fait un drainage vaginal toutes les fois qu'il y a un grand décollement du petit bassin.

Procédé de A. Martin. (1)

1° **Laparotomie.**

2° **Extériorisation de la tumeur.**

3° **Application du lien élastique.** Une fois la tumeur sortie de l'abdomen, Martin applique un lien élastique le plus bas possible sur le col utérin. Le lien élastique, passe au-dessous des annexes ; il fait en même temps l'hémostase des ligaments larges, (dans le territoire des artères utéro- ovariennes), et de la partie supérieure de la tumeur.

Quand la tumeur n'est pas trop volumineuse, Martin l'extirpe d'un seul bloc, sans appliquer de lien élastique.

4° **Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges.** Avant d'enlever la tumeur, Martin applique des ligatures sur la partie supérieure des ligaments larges, en dehors du lien élastique.

(1) A. Martin. (*Zeitsch. f. geb. und Gyn.* Bd. XX, p. 1, 1890) et (*Congrès Internat. de Rome*, 1894).

Des ligatures isolées sont appliquées sur les plexus veineux qui peuvent se rencontrer à ce niveau.

5° **Ablation de la tumeur, au-dessus du lien élastique.** La tumeur est enlevée au-dessus du lien élastique, sans morcellement, tout d'une pièce.

6° **Ouverture du cul-de-sac postérieur.** Un aide introduit un doigt par le vagin et l'opérateur incise, sur ce doigt indicateur, le cul-de-sac postérieur le plus en avant possible sur la face postérieure du col. Avec une pince tire-balles, il saisit alors la lèvre de l'incision.

7° **Désinsertion du vagin. Hémostase de la partie inférieure des ligaments larges.** L'index gauche étant introduit dans le vagin, par la boutonnière du cul de sac postérieur, sert de guide pour libérer le col utérin.

Le vagin est désinséré tout autour du col ultérin, et au fur et à mesure qu'il est détaché, Martin réunit ses bords à ceux de l'incisîon péritonéale par des points de suture au catgut, passés de haut en bas. En général il suffit de quatre points en avant, quatre en arrière, et quatre de chaque côté.

Les points latéraux font l'hémostase des artères utérines.

Ces sutures peuvent être placées aussi, avant d'avoir désinséré le vagin.

8° **Extirpation du pédicule.** — Le col utérin, une fois libéré de l'insertion vaginale, est retiré par l'abdomen.

9° **Sutures au niveau du plancher pelvien.** — Martin ne ferme pas l'orifice supérieur du vagin, il suture seulement les bords du vagin aux bords du péritoine de la manière suivante : La lèvre postérieure du vagin est réunie au

bord postérieur du péritoine par quatre fils de catgut ; un nombre égal de fils est appliqué en avant, pour réunir la lèvre antérieure du vagin, au bord antérieur du péritoine ; enfin huit autres fils sont appliqués sur les lèvres latérales, quatre de chaque côté. Tous ces fils sont réunis et passés dans le vagin.

Un surjet au catgut rétrécit la fente du plancher pelvien.

Martin ne fait de drainage vaginal que dans des cas bien indiqués.

Procédé de Polk (1).

Le procédé de Polk diffère peu de celui de Martin, la différence consiste surtout dans l'application des sutures au niveau du plancher pelvien.

1° **Laparotomie.**

2e **Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges.** Pour procéder à l'hémostase des ligaments larges Polk laisse la tumeur dans l'abdomen. Il applique une rangée de ligatures, de chaque côté de l'utérus, sur les ligaments larges et descend le plus bas possible. Ces ligatures sont placées en dehors des annexes. La deuxième rangée de ligatures est remplacée par des pinces à ligaments larges, qui sont appliquées en dedans des annexes, tout près de l'utérus. Ces pinces ne sont enlevées qu'avec la tumeur.

3° **Section de la partie supérieure des ligaments larges** La section est faite entre les pinces et la rangée externe des ligatures.

4° **Extériorisation de la tumeur.** L'utérus est attiré en dehors du ventre, une fois que l'hémostase et

(1) Polk. (*Amer. Jour. of Obst.* T. XXVI, p. 726, 1892).

la section de la partie supérieure des ligaments larges ont été pratiquées.

5° **Application du lien élastique.** Cette application ne présente rien de spécial, elle se fait comme dans les autres procédés ; le lien élastique serre la tumeur le plus bas possible.

Quand la tumeur n'est pas volumineuse, Polk comme Martin, l'enlève en totalité avec le col utérin, sans appliquer de lien élastique.

6° **Ablation de la tumeur au dessus du lien élastique.** Cette ablation se fait au bistouri et sans morcellement.

7° **Hémostase de la partie inférieure des ligaments larges.** La ligature des artères utérines se fait avant la perforation des culs-de-sac antérieur et postérieur. Le fragment inférieur de la tumeur (ou la tumeur toute entière quand sa partie supérieure n'a pas été enlevée), est attiré en avant vers le pubis et légèrement à droite ou à gauches suivant qu'on commcnce à lier l'artère utérine gauche ou droite.

Avec l'index introduit le long du ligament large, le pouce étant placé sur la face opposée, on cherche à percevoir les battements de l'artère utérine ; une fois ces battements perçus, on dénude l'artère, on la charge sur une aiguille à anévrysme et on la lie.

La même manœuvre est appliquée pour l'artère du du côté opposé.

8° **Incision du péritoine antérieur et postérieur.** Le péritoine de la face antérieure de l'utérus est sectionné, à un travers de doigt au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin ; l'incision contourne le fragment inférieur en suivant une

ligne circulaire et descend dans le cul-de-sac postérieur.

9° **Décollement de la vessie et du rectum.** La collerette péritonéale est décollée et la vessie et le rectum sont séparés du fragment utérin.

10° **Ouverture des culs-de-sacs antérieur et postérieur.** Les culs-de-sac sont ouverts par une section circulaire du vagin, au ras du col ; cette section est commencée au niveau du cul-de-sac postérieur.

11° **Extirpation du pédicule.** Le fragment inférieur de la tumeur est alors enlevé par l'abdomen.

12° **Sutures au niveau du plancher pelvien.** Polk, pour obtenir la fermeture de l'orifice supérieur du vagin, applique quatre sutures au catgut, une en avant, une en arriére et les deux autres latérales. Chaque suture est formée de la manière suivante : un long fil de catgut traverse la tranche vaginale et la lèvre correspondante du péritoine et le fil est noué. On ramasse alors les extrémités de tous les fils et on les noue ensemble ; le nœud ainsi formé est poussé dans le vagin et pris dans une pince.

On comprend que, les fils étant attirés en bas, l'orifice supérieur du vagin soit fermé par l'adossement du péritoine, qui lui-même adhère au vagin, grâce aux quatre sutures signalées.

Le vagin est lavé avec de l'eau et tamponné à la gaze iodoformée. S'il y a eu un grand décollement et si les surfaces dénudées suintent, Polk fait alors un drainage à l'aide d'un tube de verre, qui va jusque dans la cavité de de Douglas. Le tube à drainage est enlevé, douze ou vingt-quatre heures après ; la gaze iodoformée, le troisième ou le quatrième jour.

Procédé de Baldy (1)

Le procédé de Baldy a les plus grandes analogies avec celui de Polk ; les seules différences consistent dans : le remplacement des pinces par des ligatures (ce qui, entre parenthèse, allonge l'opération) ; dans la suppression du drainage, et enfin dans la manière de fermer l'orifice inférieur de la cavité pelvienne.

1° **Laparotomie.**

2° **Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges.** Cette hémostase est pratiquée, l'utérus restant dans la cavité abdominale. Elle ne diffère de l'hémostase que fait Polk que par la suppression des pinces.

Baldy applique, de chaque côté de l'utérus, une double rangée de ligatures, en dedans et en dehors des annexes, et le plus bas possible.

3° **Section de la partie supérieure des ligaments larges.** entre la double rangée de ligatures.

4° **Extériorisation de la tumeur.**

4° **Hémostase de la partie inférieure des ligaments larges.** Les artères utérines sont liées sur le doigt, à la manière de Polk.

6° **Incision du péritoine antérieur et postérieur. Décollement de la vessie et du rectum.** Baldy procède absolument comme Polk.

7° **Ouverture du cul-de-sac antérieur et postérieur.** On commence par le cul-de-sac antérieur, qui est ouvert au bistouri, sur le doigt d'un aide ; la section du vagin est complétée par une incision circulaire au ras du col.

(1) Baldy. (*Amer. Jour. of Obst.*, nov. 1893).

8° **Extirpation de l'utérus avec la tumeur.** En bloc par l'abdomen.

9° **Sutures au niveau du plancher pelvien.** Baldy fait une double rangée de sutures au catgut; la première sur le vagin, la deuxième sur le péritoine; de telle sorte que la cavité pelvienne est fermée en bas par un double plan.

Le drainage est supprimé.

Procédé de Le Bec (1)

1° **Laparotomie.**

2° **Extériorisation de la tumeur.**

3° **Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges.** Les annexes étant tendues fortement, on cherche par transparence l'espace celluleux qui se trouve entre le groupe supérieur des vaisseaux (vaisseaux utéro-ovariens) et le groupe inférieur (vaisseaux utérins). Cet espace ne contient pas de vaisseaux, il est mince et transparent.

Avec une aiguille de Terrier, ou une pince de Lister, on passe deux gros fils de soie dans chaque ligament large. Un des fils est serré en dehors des annexes, l'autre en dedans, tout près de l'utérus. Ce dernier peut être remplacé par une pince.

Les deux ligaments ronds peuvent être compris dans les ligatures, il vaut mieux cependant les lier séparément.

4° **Section de la partie supérieure des ligaments larges.** Entre les deux ligatures, en dehors des annexes.

5° **Incision du péritoine antérieur. Décollement de la vessie.** Le péritoine de la face antérieure de l'utérus

(1) Le Bec. (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, nov. 1895).

est incisé, on dissèque un grand lambeau et on décolle la vessie jusqu'au cul-de-sac vaginal antérieur.

6° **Ouverture du cul-de-sac postérieur.** La tumeur est attirée en avant. Si elle est très volumineuse et qu'on ne puisse pas manœuvrer, on en enlève la plus grande partie, après avoir placé un lien élastique. Ce lien est formé par un gros drain, qu'on enroule deux fois autour de la tumeur, à six ou huit centimètres des culs-de-sac vaginaux, et qu'on fixe solidement. Si, au contraire, la tumeur ne gêne pas, on passe immédiatement à la perforation du cul-de-sac postérieur. On introduit, par le vagin, une longue pince courbe, qui est poussée dans le cul-de-sac postérieur et qui soulève la paroi vaginale.

On écarte les deux mors de la pince de un à deux centimètres et on incise le cul-de-sac sur l'écartement. L'ouverture est agrandie par l'écartement des mors de la pince.

7° **Ouverture du cul-de-sac antérieur.** La manœuvre est identique pour le cul-de-sac antérieur. La tumeur est attirée en haut et en arrière ; la pince courbe vaginale soulève le cul-de-sac antérieur ; on écarte les deux mors et on incise le cul-de-sac. Par le large écartement de la pince, l'ouverture du cul-de-sac antérieur est agrandie.

On peut observer quelquefois une petite hémorrhagie, provenant des vaisseaux déchirés par l'ouverture des culs-de-sac ; dans ce cas, on applique une pince longuette, ou on fait une ligature.

Pendant qu'on perfore les culs-de-sac, il ne faut pas tordre la tumeur, car on risque de blesser les vaisseaux utérins.

8° **Hémostase de la partie inférieure des ligaments larges.** Pour lier les artères utérines, on pousse la pince vaginale dans l'abdomen, à travers l'ouverture du cul-de-sac postérieur ; ses mors sont écartés et l'extrémité d'un fil de soie est saisie par la pince, l'autre extrémité restant dans l'abdomen. La pince est repassée alors dans le ventre, par le cul-de-sac antérieur, après avoir contourné la partie inférieure d'un des ligaments larges, de telle sorte que l'extrémité du fil est ramenée dans la cavité abdominale. L'anse du fil embrasse l'artère utérine, et il suffit de lier pour faire l'hémostase.

La manœuvre est la même du côté opposé.

Dans quelques cas, lorsque le vagin a été fortement tiré en haut, le passage des fils peut se faire directement, sans l'intermédiaire de la pince vaginale.

9° **Extirpation de la tumeur.** On coupe horizontalement la tumeur, à une petite distance des deux ligatures inférieures. Si la tumeur a été déjà en grande partie enlevée au déssus d'un lien élastique, on enlève ce lien, et le moignon qui reste est divisé verticalement, par une incision à travers la cavité utérine. Le volume des deux moitiés est réduit jusqu'à ce qu'il reste suffisamment de tissus pour empêcher le glissement des deux ligatures.

On est obligé quelquefois de faire une nouvelle ligature par dessus la première, pour être sûr de l'hémostase.

10° **Sutures au niveau du plancher pelvien.** La cavité pelvienne est fermée, en bas, par un surjet au catgut, qui réunit le lambeau, péritonéal antérieur au lambeau péritonéal postérieur, par dessus les deux pédicules des artères utérines. — Ces deux pédicules sont retournés et attirés dans le vagin, par une pince qui saisit les fils.

Le Bec met, comme drainage, un drain en T, dans le vagin, entre les deux pédicules.

La fermeture de la cavité pelvienne est nécessaire, toutes les fois que le cas est simple, les annexes non enflammées.

Au contraire, quand les annexes sont malades, qu'il y a de la pelvi-péritonite, ou qu'on a une grande surface dénudée ce qui arrive quand on a rompu des adhérences ; il ne faut pas fermer le péritoine, car les liquides sécrétés doivent s'écouler librement par le vagin.

Le Bec met,dans ce cas, dans le cul-de-sac de Douglas, un drain en croix, ou un drain double. Ce drain est enlevé au bout de 48 heures, quand toute sécrétion a cessé.

Des lavages antiseptiques doivent être faits, par le drain en T du vagin.

Vers le 15e jour, on coupe les fils, par le vagin. Quand les nœuds ne sont pas apparents, on enlève aux ciseaux les moignons sphacélés des pédicules, et les fils tombent d'eux-mêmes.

Procédé de Bowreman Jessett (1)

1° **Laparotomie.** La malade est mise dans la position inclinée.

2° **Extériorisation de la tumeur.**

3° **Hémostase et section de la partie supérieure des ligaments larges.** On place des ligatures en dehors des annexes et des clamps en dedans, et on sectionne les ligaments larges.

4° **Incision du péritoine antérieur. Décollement de la vessie.** Un grand lambeau péritonéal antérieur est confectionné et la vessie est décollée.

(1) B. Jessett. (*The British. Gyn. Society*, p. 332, 1895).

5° **Incision du péritoine postérieur**. Le péritoine postérieur est incisé et un lambeau péritonéal constitué.

6° **Ouverture des culs-de-sac antérieur et postérieur.** Un aide introduit un speculum, le plus loin possible, dans le vagin, et il écarte fortement les deux valves. Sur l'ouverture des valves, on ouvre, l'un après l'autre, les deux culs-de-sac, par deux incisions de haut en bas.

7° **Hémostase de la partie inférieure des ligaments larges**. A l'aide d'une aiguille courbe, qu'on fait passer du cul-de-sac postérieur dans le cul-de-sac antérieur, par dessous chaque ligament large, on place un fil résistant qui, étant lié, fait l'hémostase de l'artère utérine.

8° **Extirpation de l'utérus, avec la tumeur.** Il ne reste plus qu'à couper l'insertion latérale du vagin, entre le col et les ligatures des utérines, et l'utérus s'enlève en totalité par l'abdomen.

9° **Sutures au niveau du plancher pelvien.** On passe plusieurs fils, à travers les deux lambeaux péritonéaux, de telle manière que les anses des fils soient du côté de l'abdomen, et les extrémités, du côté du vagin. En attirant alors les fils dans le vagin à l'aide d'une pince, on retourne les deux lambeaux péritonéaux, et la fermeture de la cavité pelvienne est obtenue.

Le vagin est tamponné à la gaze iodoformée.

Les fils des lambeaux sont coupés au bout de quarante-huit heures. Le tampon d'iodoforme est enlevé après une semaine.

Christopher Martin (1), dans la communication qu'il a faite à la Société obstétricale d'Edimbourg, le 8 janvier 1896,

(1) Christopher Martin. (*The Birmingham, med. Review.* 1896).

emploie un procédé qui ne diffère en rien de celui de Jessett.

Procédé d'Edebohls (1).

Edebohls pratique, avant l'opération, un curetage et un lavage de la cavité utérine, avec une solution de sublimé à 1 pour 2000. La cavité utérine est ensuite tamponnée à la gaze iodoformée, de même que le vagin.

Position de Trendelenburg pour l'opération.

1° **Laparotomie.**

2° **Extériorisation de la tumeur.** L'utérus est attiré en dehors de l'abdomen, quand le fibrome ne dépasse pas de beaucoup l'ombilic et quand les annexes sont saines ; dans ce cas, l'utérus est extirpé en totalité. Pour les grosses tumeurs, (quand celles-ci pèsent plus de quatre kilogrammes, ou que la tumeur dépasse de beaucoup l'ombilic), Edebohls recommande de faire l'extirpation en deux temps, comme dans le procédé de Chrobak, en se servant d'un lien élastique. S'il s'agit de fibromes multiples ou intra-ligamentaires, Edebohls énuclée d'abord ces fibromes, surajoutés à la masse principale et fait l'hystérectomie ensuite. Quand les annexes sont malades il les enlève immédiatement après la laparotomie.

3° **Incision du péritoine antérieur. Décollement de la vessie.** Une fois la tumeur attirée au dehors, on incise transversalement le péritoine qui couvre la face antérieure de l'utérus. Cette incision doit se trouver située à trois centimètres au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, elle se termine, sur les côtés, au niveau des ligaments larges.

Avec le doigt, le péritoine est décollé et la vessie séparée de l'utérus.

(1) Edebohls. (*Amer. Jour. of. Obst.*, p. 606, nov. 1893).

4° **Incision du péritoine postérieur. Décollement du rectum.** La même incision transversale qui a été pratiquée sur la face antérieure de l'utérus, est faite sur le péritoine de la face postérieure, toujours à trois centimètres du cul-de-sac recto-utérin, de façon à avoir suffisamment de lambeaux péritonéaux pour couvrir la surface dénudée, après l'extirpation de la tumeur.

Le péritoine postérieur est décollé et le rectum est refoulé en arrière.

5° **Hémostase de la partie inférieure des ligaments larges.** Avec une aiguille courbe, on passe un catgut résistant, de chaque côté de l'utérus, sous les artères utérines ; l'aiguille traverse les tissus, sans pénétrer dans le vagin et sans perforer le péritoine.

Les artères utérines sont alors liées. Cette ligature est facilitée, grâce au tamponnement vaginal qui soulève les artères utérines, dans la cavité abdominale. La ligature est tout-à-fait extra-péritonéale.

6°. **Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges.** Cette hémostase se fait à l'aide de deux ligatures au catgut, appliquées de chaque côté de l'utérus, une sur le ligament rond, l'autre sur les vaisseaux utéro-ovariens et le ligament infundibulo-pelvien. Ces ligatures sont placées en dehors des annexes, de telle sorte que les ovaires et les trompes sont enlevés en même temps que l'utérus.

7° **Section des ligaments larges.** Les ligaments larges sont sectionnés dans toute leur hauteur, en haut, en dehors des annexes, en bas au ras de l'utérus.

8° **Extirpation de l'utérus, avec la tumeur.** L'utérus est enlevé en totalité par l'abdomen.

9° **Sutures au niveau du plancher pelvien.** Les deux lambeaux péritonéaux, qui ont été disséqués sur la face antérieure et postérieure de l'utérus, sont réunis ensemble par une suture de Lambert, au catgut. La cavité abdominale est ainsi séparée du vagin.

Après avoir nettoyé la cavité abdominale, on ferme le ventre.

La malade est mise dans la position de la taille et la gaze, qui remplissait le vagin, est enlevée et remplacée par une autre lanière de gaze qui fait le drainage des surfaces décollées du petit bassin.

Procédé de Guermonprez (1).

1° **Laparotomie.**

2° **Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges.** On place, de chaque côté de l'utérus, en dedans et en dehors des annexes, deux clamps qui saisissent la partie supérieure des ligaments larges et qui descendent le plus bas possible.

Les pinces sont remplacées, à la fin de l'opération, par des ligatures à la soie.

3° **Section de la partie supérieure des ligaments larges.** Les ligaments larges sont sectionnés entre les pinces.

4° **Extériorisation de la tumeur.**

5° **Incision du péritoine antérieur. Décollement de la vessie.** Le péritoine vésico-utérin est sectionné transversalement, sur la face antérieur de l'utérus. Avec les doigts et le bistouri, on décolle ce péritoine et on écarte la vessie

(1) Guermonprez. (*Acad. de med.*, 15 et 22 sept. 1891) et (*Thèse* de Duval. 1892).

jusqu'à l'insertion du vagin. On sent très bien, à ce moment, la face antérieure du col utérin.

6° **Ouverture des culs-de-sac antérieur et postérieur.** Quand la face antérieure du col utérin est sentie, on ouvre le cul-de sac antérieur, sur la ligne médiane, par une incision verticale. On pratique ainsi une boutonnière de deux centimètres. Par la boutonnière, on introduit une sonde cannelée d'un modèle un peu spécial et on la fait sortir par le cul-de-sac de Douglas, en traversant la paroi vaginale postérieure, par transfixion, et sur un plan antéro-postérieur.

7° **Hémostase de la partie inférieure des ligaments larges.** Cette hémostase se fait à l'aide de deux pinces clamps, courbes, d'une forme spéciale, qui, introduites par l'ouverture du cul-de-sac antérieur, saisissent, à droite et à gauche de l'utérus, les deux moitiés correspondantes du dôme vaginal.

8° **Extirpation de l'utérus avec la tumeur.** Le vagin est sectionné aux ciseaux, en dedans des clamps, et la tumeur est enlevée en totalité,

On remplace les pinces par des ligatures à la soie et on ferme le ventre, sans pratiquer de drainage et sans faire des sutures au niveau du plancher pelvien.

Procédé de Delaunay (1)

1° **Laparotomie.**

2° **Extériorisation de la tumeur.** On attire la tumeur au dehors, à l'aide de la grande aiguille de Péan, qui est enfoncée dans le fibrome. S'il y a des adhérences, on les détache.

(1) Delaunay. (*Congrès de Chir.* Lyon, 1894).

3° **Hémostase et section de la partie supérieure des ligaments larges.** On place sur chaque ligament large deux longues pinces, à larges mors, et on sectionne les ligaments entre les pinces.

4° **Application d'un lien élastique.**

5° **Amputation de la tumeur au-dessus du lien élastique.**

6° **Incision du péritoine antérieur. Décollement de la vessie.** Avec de fortes pinces, on attire le pédicule en haut et on étale sa face antérieure. On incise le péritoine et on décolle la vessie.

7° **Ouverture du cul-de-sac antérieur.** Incision verticale de ce cul-de-sac, sur une pince introduite par le vagin.

8° **Désinsertion du vagin. Hémostase des utérines.** Le vagin est désinséré tout autour du col, avec le bistouri qui rase le col, ou même empiète sur cet organe; avant de couper le vagin, on applique des pinces, pour faire l'hémostase préventive. Voici comment on agit : au niveau de la boutonnière, on place une première pince sur une des lèvres du vagin et on coupe; une deuxième pince est appliquée, et on continue jusqu'en arrière du pédicule. On fait de même pour la moitié opposée.

9° **Extirpation du pédicule.** Une fois le vagin désinséré, le col utérin est enlevé par l'abdomen.

La tranche vaginale se présente alors hérissée d'une couronne de pinces.

Les pinces sont remplacées par des ligatures. Les pinces de la tranche vaginale sont remplacées par un surjet à la soie.

La cavité pelvienne reste largement ouverte ; on ne fait aucun surjet sur le péritoine.

Un drain est placé dans le vagin. Un Mikulicz est placé, par l'abdomen, dans le cul-de-sac de Douglas.

Procédé de Schwartz (1).

Schwartz place une pince sur le col de l'utérus, quand le col est accessible. La pince ferme le col et, en même temps, elle sert à le repousser vers l'abdomen et à faciliter ainsi sa désinsertion.

1° **Laparotomie.**

2° **Hémostase et section de la partie supérieure des ligaments larges.** On applique des ligatures sur les ligaments et on sectionne entre les ligatures.

3° **Incision du péritoine antérieur. Décollement de la vessie.**

4° **Application d'un lien élastique.** Cette application se fait, le plus bas possible, sur la tumeur.

5° **Amputation de la tumeur, au-dessus du lien élastique.** La tumeur est enlevée, au-dessus du lien élastique, comme dans une hystérectomie supra-vaginale. Le moignon qui reste est cautérisé et saisi avec une forte pince érigne.

6° **Ouverture du cul-de-sac antérieur.** Le cul-de-sac vaginal antérieur est ouvert sur le doigt d'un aide ou sur une pince vaginale.

7° **Ouverture du cul-de-sac postérieur.** La manœuvre est identique pour le cul-de-sac vaginal postérieur.

8° **Hémostase et section de la partie inférieure des**

(1). Schwartz. (*Soc. de Chir.*, 22 Mai, 1895).

ligaments larges. Le moigon ne tient plus alors que par la base des deux ligaments larges. On applique, de chaque côté, une pince et on sectionne en dedans des pinces.

9° **Extirpation du pédicule**. Le col utérin est enlevé par l'abdomen, après avoir enlevé la pince vaginale qui le tenait.

La cavité pelvienne est laissée ouverte en bas, et on draine avec une mèche de gaze iodoformée, passée de haut en bas.

Procédé de Ricard (1).

M. Ricard a perfectionné son procédé depuis sa première communication à la Société de chirurgie, en 1895. Celui que nous allons décrire est le procédé avec les perfectionnements qu'il a indiqués au Congrès de chirurgie en 1896.

1° **Laparotomie**.

2° **Extériorisation de la tumeur**. La tumeur est attirée en dehors du ventre. Quelquefois on n'arrive pas à la faire sortir à cause des adhérences, salpingites suppurées, lésions annexielles diverses, enclavement pelvien, fibromes des ligaments larges, etc. Il faut alors lever l'obstacle. On enlève les poches salpingiennes, on énuclée les fibromes enclavés et on détruit les adhérences. En d'autres termes, la tumeur doit être rendue mobile, pour pouvoir être facilement tirée hors du ventre.

3° **Hémostase préventive des ligaments larges**. On applique deux pinces sur l'artère utéro-ovarienne droite

(1). Ricard. (*Soc. de Chir*. 5 juin, 1895) et (*Congrès de Chir*. Paris, 1896)

et on sectionne celle-ci. L'utérus étant alors fortement attiré à gauche, on effondre le ligament large droit jusqu'au dôme vaginal, et on arrive ainsi à voir l'artère utérine correspondante. On place une pince, et l'artère est sectionnée.

On opère de la même manière pour le côté opposé.

4° **Incision du péritoine autérieur. Décollement de la vessie.** Une incision transversale est pratiquée sur la face antérieure de l'utérus ; cette incision se termine sur les côtés, au niveau des deux incisions péritonéales latérales.

Le péritoine est décollé et la vessie refoulée du côté du pubis.

5° **Ouverture d'un des culs-de-sac vaginaux.** M. Ricard ouvre le cul de sac vaginal le plus accessible, de préférence le postérieur ; quand celui-ci n'est pas abordable, on ouvre l'antérieur.

Un aide introduit, par le vagin, une pince et soulève le cul de sac qu'on veut ouvrir. L'opérateur incise alors le vagin en se guidant sur la saillie des mors de la pince.

L'incision du vagin peut être faite directement sans l'aide de la pince vaginale. — La boutonnière vaginale est agrandie.

6° **Désinsertion du vagin.** Par la boutonnière pratiquée, on saisit le col utérin avec une pince et on l'attire en haut. Le vagin est alors désinséré aux ciseaux tout autour du col et, au fur et à mesure que la désinsertion se poursuit, on applique des pinces sur les vaisseaux qui saignent, au niveau de la tranche vaginale.

7° **Extirpation de l'utérus avec la tumeur.** Une fois

que la désinsertion vaginale est complète, l'utérus ne tient plus à rien et s'enlève, en totalité, par l'abdomen.

8° **Hémostase définitive.** Les pinces sont remplacées par des ligatures. De chaque côté de l'utérus, il suffit de deux ligatures à la soie, pour faire l'hémostase des artères utéro-ovariennes et des artères utérines.

9° **Sutures au niveau du plancher pelvien.** M. Ricard, dans ses premières hystérectomies, fermait soigneusement le péritoine, par dessus le vagin ; actuellement, il laisse la cavité pelvienne ouverte en bas.

Le vagin est bourré par l'abdomen, avec une compresse stérilisée.

Hall (1) emploie un procédé analogue à celui de Ricard ; les temps opératoires sont les mêmes, sauf en ce qui concerne la fermeture de la cavité pelvienne. Hall ferme toujours le péritoine en bas de la cavité pelvienne. Les deux lambeaux péritonéaux sont suturés au catgut et sont retournés dans le vagin. De même les fils des deux pédicules des utérines sont attirés dans le vagin.

Procédé de Poirier (2).

M. Poirier emploie un procédé qui a beaucoup de resemblance avec le procédé de M. Ricard. Les temps opératoires sont presque les mêmes. M. Poirier aborde toujours le col de l'utérus par le cul-de-sac antérieur.

1° **Laparotomie.**

2° **Extériorisation de la tumeur.**

3° **Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges.** Les vaisseaux utéro-ovariens sont pincés et liés.

(1) Hall. (*The Jour. of the Amer. Méd. Assoc.* p. 871, Juin, 1894).
(2) Poirier. (*Congrès de Chir.* Paris, 1896).

4° **Incision du péritoine antérieur. Décollement de la vessie.** — On incise transversalement le péritoine sur la face antérieur de l'utérus, d'un ligament large à l'autre, et on décolle le lambeau péritonéal jusqu'à ce qu'on sente à travers la paroi du vagin, une pince mise préalablement sur la lèvre antérieure du museau de tanche. La vessie est refoulée vers le pubis.

5° **Hémostase des artères utérines.** Quand le lambeau péritonéal antérieur est bien décollé, on aperçoit les artères utérines et, souvent, les uretères.

Les artères sont liées.

6° **Ouverture du cul-de-sac antérieur.** Le cul-de-sac vaginal antérieur est ouvert sur une pince vaginale, qui sert comme point de repère. M. Poirier admet que le cul-de-sac postérieur est le plus souvent inaccessible, et il préfère commencer par le cul-de-sac antérieur.

7° **Désinsertion du vagin.** Par la boutonnière du cul-de-sac antérieur, on saisit le col utérin, avec une pince à traction, et on l'attire en haut et en arrière. Le vagin est alors désinséré, tout autour du col, avec des ciseaux.

8° **Extirpation de l'utérus avec la tumeur.** La tumeur est enlevée en totalité par l'abdomen, une fois que le vagin est désinséré.

Procédé de Jonnesco (1).

1° **Laparotomie.**

2° **Extériorisation de la tumeur.** Après avoir détaché les adhérences, on attire la tumeur en dehors du ventre à l'aide d'une pince de Museux.

(1). Jonnesco. (*Congrès internat. de Moscou*, Août 1897), (*Semaine Gynéc.* n° 38, 1897) et (*Congrès de Chir.* Paris, 1897).

3° **Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges.** On place une ligature double, en dehors des annexes, sur la partie supérieure des ligaments larges, et on sectionne ceux-ci entre les ligatures. Les ligaments ronds sont de même sectionnés, après avoir placé sur chacun d'eux une ligature double.

4° **Incision du péritoine antérieur. Décollement de la vessie.** Le péritoine de la face antérieure de l'utérus est incisé transversalement et la vessie est décollée.

5° **Ouverture du cul-de-sac antérieur.** Le cul-de-sac vaginal antérieur est ouvert directement aux ciseaux, sans l'aide d'une pince vaginale. Le col est saisi, avec une pince de Museux, à travers l'ouverture de ce cul-de-sac, et attiré en haut par l'aide.

6. **Hémostase des artères utérines.** Avec une pince à disséquer et une sonde cannelée, on isole les artères utérines, à 1 1/2 ou 2 centimètres du col de l'utérus. Les artères sont liées et sectionnées.

7° **Désinsertion du vagin.** Avec les ciseaux, on désinsère le vagin, tout autour du col de l'utérus, en coupant le plus près du tissu utérin.

8° **Extirpation de l'utérus, avec la tumeur.** La tumeur est enlevée en bloc, avec les annexes.

9° **Sutures au niveau du plancher pelvien.** M. Jonnesco ferme la cavité pelvienne en bas, toutes les fois qu'on a eu affaire à des affections aseptiques, ou lorsque les poches annexielles ont été extraites sans être ouvertes. Il applique un drainage vaginal à la gaze stérilisée, quand du pus s'est déversé dans la cavité pelvienne.

Pour fermer la cavité pelvienne, il met un long surjet

sur les feuillets des ligaments larges ; ce surjet, au niveau de l'orifice du vagin, ferme celui-ci, en prenant les lèvres vaginales et les bords du péritoine. Les pédicules des vaisseaux se trouvent ainsi recouverts par le péritoine.

La suture de la paroi abdominale est faite, à l'aide de quatre plans : un plan péritonéal, un deuxième musculo-aponévrotique, un troisième hypodermique, et, enfin, un quatrième intra-dermique.

On peut remplacer tous ces plans de suture par une suture à fils temporaires, destinés à rester en place le temps nécessaire à la cicatrisation. On pratique cette suture de la manière suivante : On passe, avec l'aiguille d'Emmet, plusieurs fils doubles qui traversent la peau, le muscle et le péritoine. Entre les chefs de chaque fil, on place un rouleau de gaze stérilisée, de chaque côté de la plaie et on noue les fils, aprés avoir bien accolé les lèvres de la plaie. Les fils sont retirés du dixième au douzième jour.

Nouveau procédé de Jacobs (1).

Jacobs abandonne, dans ce procédé, toute forcipressure et toute manœuvre vaginale.

1° **Laparotomie.**

2° **Extériorisation de la tumeur.** La tumeur est attirée en dehors du ventre, grâce à un tire-bouchons et suspendue à l'appareil de Reverdin.

3° **Hémostase et section de la partie supérieure des ligaments larges.** Les artères utéro-ovariennes sont liées en dehors des annexes. Les ligaments larges sont sectionnés, jusqu'au niveau de la partie sus-vaginale du col utérin.

(1). Jacobs. (*Bull. de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obs.* 1897).

4° **Hémostase de la partie inférieure des ligaments larges.** Une fois que les ligaments larges ont été sectionnés jusqu'aux artères utérines, on cherche celles-ci et on pratique leur ligature, après les avoir isolées.

5° **Ouverture du cul-de-sac postérieur.** Le cul-de-sac vaginal postérieur est ouvert aux ciseaux.

6° **Ouverture du cul-de-sac antérieur.** Avec l'index, introduit par l'ouverture du cul-de-sac postérieur, on va à la recherche du cul-de-sac vaginal antérieur ; on tend celui-ci sur la pulpe du doigt et on l'incise aux ciseaux.

7° **Extirpation de l'utérus avec la tumeur.** La tumeur ne reste plus attachée, à ce moment, que par les insertions latérales du vagin. Il suffit de quelques coups de ciseaux, pour libérer latéralement le col et enlever la tumeur en bloc.

8° **Sutures au niveau du plancher pelvien.** Jaéobs suture, par quelques points séparés, les lèvres du vagin aux bords du péritoine ; les fils sont passés dans le vagin.

La cavité pelvienne reste donc ouverte. Pour terminer, on suture les feuillets des ligaments larges par dessus les moignons artériels.

Un bon drainage vaginal est appliqué.

Procédé de Delbet (1)

1° **Laparotomie.**

2° **Extériorisation de la tumeur.** L'utérus, sorti du ventre, est fortement soulevé par un aide.

3° **Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges.** Après avoir libéré les annexes, on passe, avec une aiguille mousse, un fil tout près du bord externe

(1). Delbet. (*Congrès de Chir.* Paris, 1896).

du ligament large ; le fil serre le pédicule utéro-ovarien. Une pince est placée sur la corne utérine, et le ligament large est sectionné, de dehors en dedans et de haut en bas ; la section descend vers la partie inférieure de l'utérus.

On fait la même chose pour le ligament du côté opposé.

4° **Incision du péritoine antérieur et postérieur. Décollement de la vessie et du rectum.** Le péritoine, sur la face antérieure de l'utérus, est incisé transversalement ; on agit de même pour le péritoine de la face postérieure ; les incisions vont, sur les côtés, jusqu'à la section des ligaments larges.

Les deux lambeaux péritonéaux sont disséqués, en avant et en arrière jusqu'aux culs-de-sac vaginaux.

La vessie est refoulée vers le pubis.

5° **Ouverture d'un des culs-de-sac vaginaux.** On ouvre celui qui est le plus accessible. Une fois qu'un des culs-de-sac a été ouvert, l'autre est incisé par le vagin, le bistouri passant par l'ouverture du cul-de-sac incisé le premier.

6° **Section et hémostase de la partie inférieure des ligaments larges.** L'utérus ne tient plus alors que par les deux pédicules des artères utérines, les deux pédicules sont sectionnés, au ras du col, avant d'avoir fait l'hémostase préventive. Les vaisseaux sont pincés, à mesure qu'on sectionne.

7° **Extirpation de l'utérus, avec la tumeur.** Quand les deux pédicules ont été sectionnés, l'utérus s'enlève d'une seule pièce, par l'abdomen.

Les pinces sont remplacées par des ligatures.

8° **Sutures au niveau du plancher pelvien.** M. Delbet

ferme le péritoine par un surjet, dont chaque point est passé à la manière de Lembert, pour bien assurer l'affrontement séro-séreux. Auparavant, il place un surjet sur la tranche vaginale qui saigne.

Procédé de Goullioud (1)

1° **Laparotomie.**

2° **Extériorisation de la tumeur.**

3° **Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges. Formation des deux pédicules utéro-ovariens.** De chaque côté de l'utérus, Goullioud fait un pédicule qui comprend les vaisseaux utéro-ovariens. Ce pédicule est fait « par transfixion du ligament large, avec le doigt, suffisamment au-dessous des annexes et suffisamment en dehors de l'arcade anastomotique de l'utérine et de l'ovarienne, pour que cette transfixion se fasse sans la moindre hémorrhagie ».

On place, sur chaque pédicule, deux pinces longuettes et on sectionne entre les pinces.

4° **Incision du péritoine antérieur et postérieur. Décollement de la vessie et du rectum,** On taille et on décolle, au doigt, deux petits lambeaux péritonéaux, sur la face antérieure et sur la face postérieure de l'utérus. Plus les lambeaux sont petits, plus ils sont faciles à décoller. La vessie est refoulée en avant.

5° **Hémostase de la partie inférieure des ligaments larges. Formation des deux pédicules utérins.** Avec le doigt en crochet, on décolle « le parametrium », au-dessus de la voute vaginale. Le bout du doigt repousse la vessie et l'uretère, tandis que sa concavité soulève

(1). Goullioud. (*Congrès de Chir.* Paris, 1896).

l'utérine, ou « plutôt le faisceau des artérioles ou veinules qui aboutissent à l'isthme utérin ». On place deux pinces longuettes sur ce pédicule et on sectionne au milieu.

Avec le doigt qui décolle l'artère utérine, on peut perforer le vagin, si on ne fait pas attention, et, d'après Goullioud, cette perforation se ferait plus facilement que celle de la vessie. Si on veut l'éviter, il recommande de placer deux bougies d'Hégar, de dimensions différentes, dans la vessie et dans le vagin ; ces bougies, qu'un aide fait mouvoir, étant senties par l'opérateur, font éviter les perforations.

6° **Dénudation du vagin**. L'utérus ne tient plus, à ce moment, que par le vagin. On dénude ce dernier sur tout son pourtour, dans une longueur de deux centimètres. En avant, la vessie est séparée de la paroi vaginale antérieure. Sur les côtés, on pince et on sectionne les deux artérioles vaginales.

7° **Placement des deux pinces sur le vagin.** Quand le vagin a été bien dénudé, sur la longueur indiquée plus haut, on cherche à bien sentir, à travers sa paroi, le col utérin, ce qui est assez facile. On place alors, au-dessous du col utérin, transversalement sur le vagin, et par l'abdomen, deux pinces longuettes, coudées en L, l'une au-dessous de l'autre ; les mors des pinces sont assez longs pour pincer toute la largeur du vagin aplati.

8° **Section du vagin**. Avec la pointe coudée du thermocautère, on sectionne le vagin entre les deux pinces.

9° **Extirpation de la tumeur avec la partie supérieure du vagin**. L'utérus est enlevé avec une collerette vaginale, qui est fermée en bas par une des pinces, l'autre restant sur le vagin dans l'abdomen.

Comme la petite portion de vagin qu'on enlève est fermée en bas, aucun liquide ne s'écoule sur le champ opératoire.

10° **Hémostase définitive.** Les pinces, qui font l'hémostase des quatre pédicules, sont remplacées par des ligatures.

Pour empêcher les fils de glisser, Goullioud recommande de transfixer chaque pédicule avec l'aiguille et, une fois que la moitié du pédicule a été serrée, on passe le fil du côté opposé et on serre la totalité du pédicule.

11° **Sutures au niveau du plancher pelvien.** Pendant tout le temps nécessaire à l'hémostase définitive, la pince, qui ferme en haut le vagin, reste sur place ; elle empêche ainsi toute communication entre la cavité vaginale et le champ opératoire. Une fois que l'hémostase est terminée, on enlève la pince et on ferme, par dessus le vagin, le péritoine pelvien, à l'aide d'un surjet.

Si on préfère laisser ouverte la cavité pelvienne, on supprime le surjet. Une mèche de gaze stérilisée est introduite dans le vagin, pour drainer la surface dénudée située entre le péritoine pelvien et le vagin. Si l'orifice supérieur du vagin est laissé ouvert, la mèche est introduite par l'abdomen.

Carle (de Turin), au Congrès de Rome de 1894, avait indiqué un procédé qui a quelque analogie avec le procédé de Goullioud, en ce qui concerne les pinces placées sur le vagin. Mais Carle place une seule pince au lieu de deux, et il coupe le vagin entre la pince et le col utérin. Il fait donc l'occlusion préventive seulement de la partie inférieure du vagin, sans s'occuper de la partie supérieure de cet organe ni du col utérin.

Ce procédé est certainement inférieur à celui du Goullioud.

Nouveau procédé de Richelot (1)

1° **Laparotomie.**

2° **Extériorisation de la tumeur.** L'utérus est attiré au dehors, grâce à une ou deux pinces à traction, qu'on place sur son fond.

Des compresses stérilisées sont placées, derrière le fibrome, dans la cavité abdominale, pour maintenir l'intestin.

Une large valve, appliquée derrière le pubis, donne du jour et ouvre la plaie, en avant de l'utérus.

Les ovaires et les trompes sont tirés au dehors et les ligaments larges placés symétriquement.

3° **Enucléation préliminaire.** M. Richelot recommande, comme dans son premier procédé, d'enlever tout fibrome qui voile ou encombre le petit bassin. Les gros fibromes, placés dans le segment inférieur de l'utérus, et qui refoulent celui-ci, en haut, vers l'ombilic, doivent être toujours enlevés pour pouvoir manœuvrer. Il faut faire, dans ce cas, une incision médiane et, une fois arrivé dans la loge du fibrome, enlever celui-ci en bloc, ou par morcellement. C'est seulement à ce moment que les manœuvres deviennent faciles.

4° **Incision du péritoine antérieur. Décollement de la vessie.** Une fois l'utérus sorti au dehors, on fait une incision transversale sur sa face antérieure, « au point où le revêtement séreux du corps utérin se détache du tissu musculaire et devient mobilisable sur la face anté-

(1). Richelot (*Revue de Gyn. et de Chirurgie Abdominale* n° 2 1897) et *Annales de Gyn. et d'Obst.* Juillet 1897).

rieure du col ». L'incision transversale se termine, sur les côtés, aux ligaments larges.

Le lambeau péritonéal antérieur est décollé au doigt, de même que le tissu paramétrique, au milieu duquel l'artère utérine est aperçue par transparence. La vessie, complètement séparée de l'utérus, est refoulée vers le pubis.

5° **Hémostase provisoire et section des ligaments larges.** On place, de chaque côté de l'utérus, deux pinces longuettes, sur la partie supérieure du ligament large, une des pinces en dehors des annexes, l'autre sur la corne utérine. La partie pincée est sectionnée. La section est faite en dehors des annexes, au ras de la pince externe.

Une fois cette partie supérieure des ligaments larges coupée, une autre pince est placée sur la partie moyenne de ces ligaments, tout près de l'utérus, et enfin une dernière pince saisit la région du ligament large qui contient l'utérine. Quand les pinces sont en place, on achève la section des ligaments larges, au ras de l'utérus, jusqu'à l'insertion du vagin, sans descendre pourtant trop bas.

L'hémostase des ligaments larges est ainsi assurée, par trois pinces longuettes, de chaque côté.

6° **Extirpation de l'utérus avec la tumeur**. Pour enlever l'utérus il ne reste plus qu'à couper l'insertion vaginale. « Avec des ciseaux dirigés obliquement vers le museau de tanche, on coupe cette insertion au juger, pour ainsi dire, en pénétrant un peu dans le tissu utérin, de telle façon qu'il en reste à chaque lèvre de la plaie vaginale ; ceci rendra plus facile l'affrontement et l'occlusion ».

Au fur et à mesure que le vagin est détaché, on saisit les deux lèvres antérieure et postérieure, à l'aide de deux pinces à traction vaginales.

7° **Hémostase définitive.** Les pinces sont remplacées par des ligatures au catgut. M. Richelot déconseille les ligatures à la soie. Pour faire les ligatures, il recommande de « placer, à partir de la plaie vaginale, un ou deux catguts séparés, perpendiculaires au trajet de l'utérine »; celle-ci est saisie en un ou deux points de son trajet.

Deux ou trois autres ligatures sont placées sur la partie supérieure des ligaments larges et font l'hémostase de cette région.

8° **Sutures au niveau du plancher pelvien.** Le vagin est fermé, à sa partie supérieure, par trois sutures au catgut. M. Richelot admet que le vagin, ouvert et tamponné à l'iodoforme, n'est pas plus dangereux ici, au point de vue de l'infection, que dans l'hystérectomie vaginale ; seulement, il y a avantage à le fermer, à cause de la tranche postérieure, qui saigne le plus souvent, et dont l'hémostase est assurée, grâce à la fermeture du vagin.

Le lambeau péritonéal antérieur, est rabattu en arrière et suturé au péritoine postérieur, par quelques points au catgut. Il couvre le moignon vaginal et isole complètement la cavité abdominale. On obtient ainsi une ligne de sutures séro-séreuses, en croissant ou en fer à cheval.

Après avoir fermé l'abdomen, on applique un pansement vaginal à la gaze iodoformée.

Procédé de Delagénière

Le procédé de Delagénière, tel qu'il a été décrit par cet auteur, dans son premier mémoire des *Archives provinciales de chirurgie*, en 1894, a été légèrement modifié,

(1) Delagénière. (*Arch. Provin. de Chir.* p. 333 et 416, 1894, p. 493 1895 et p. 633, 1896) et (*Congrès de Gyn. de Genève*, 1896).

surtout en ce qui concerne l'hémostase. C'est le procédé, avec ses modifications signalées au Congrès de Gynécologie de Genève, de 1896, que nous allons décrire.

Nous allons insister un peu sur les soins préliminaires avant d'arriver à l'opération.

Soins préliminaires. Delagénière recommande de préparer la malade, longtemps avant l'opération.

Le vagin doit subir un traitement antiseptique, pendant quinze jours ou trois semaines avant l'opération. Des injections au sublimé à 1 pour 100 sont prescrites quotidiennement. La malade prend deux bains savonneux par semaine et un purgatif léger, trois jours avant l'opération.

La veille de l'opération, la malade est rasée, savonnée, et on lui donne trois injections au sublimé.

Le matin de l'opération, les parois du vagin sont touchées à l'alcool sublimé à 1 pour 100, puis on passe une solution de sublimé à 1 pour 100. (Congrès de Genève). Le col utérin est écouvillonné avec des mèches de gaze iodoformée et bourré de cette gaze, pour empêcher les liquides d'infecter la plaie opératoire. On agit de même pour le vagin, qui est fortement tamponné à la gaze iodoformée ; ce tampon distend les culs-de-sac, surtout le cul-de-sac postérieur, et sert de point de repère, quand on ouvre le vagin par l'abdomen.

Delagénière se sert du plan incliné de Trendelenburg.

1° **Laparotomie**.

2° **Extériorisation de la tumeur**. Les adhérences sont détachées et la tumeur est attirée en dehors du ventre, à l'aide d'un tire-bouchon spécial, que Delagénière appelle « Désenclaveur », et qui est formé d'un simple fil d'acier

enroulé, qui se termine par un anneau destiné à être saisi par les doigts d'un aide.

3° **Hémostase provisoire de la partie supérieure des ligaments larges.** La tumeur attirée d'un côté, rend accessible les annexes du côté opposé.

On place alors une forte pince clamp, horizontalement au-dessous de l'ovaire, sur le ligament large, le bec de la pince arrivant au contact de la tumeur. A quinze millimètres au-dessous de la première pince, on en place une deuxième, et le ligament large est sectionné entre les pinces. La tumeur est alors attirée en sens inverse, et le ligament large du côté opposé est traité de la même manière.

Si la manœuvre est difficile, et qu'on n'arrive pas à placer les pinces sur le deuxième ligament, on n'insiste pas ; on fait alors l'hémostase de l'utéro-ovarienne de ce côté, à la fin de l'opération.

4° **Incision du péritoine antérieur et postérieur. Formation d'une collerette.** On cherche à reconnaître le sommet de la vessie qui doit servir de point de repère. Ce sommet est reconnaissable à une bande de tissu blanc nacré, qui se trouve juste à ce niveau, et qui correspond au point où le péritoine de la face antérieure de l'utérus se continue sur la vessie.

Il faut, d'après Delagénière, que l'incision du péritoine en avant, passe au moins à deux centimètres de ce point.

Pour tracer le contour de la collerette, on incise le péritoine horizontalement, en partant du bord supérieur du ligament large gauche ; on passe en arrière transversalement, on rejoint le bord supérieur du ligament large

droit et enfin on passe ,en avant, au niveau du point déjà marqué, à deux centimètres du sommet de la vessie.

On dissèque alors la collerette avec des ciseaux, ou un instrument tranchant (Delagénière recommande de ne pas se servir du doigt, car on peut entrer dans la tumeur, quand celle-ci est friable). Pendant toute cette dissection, le point de repère est l'utérus ; on ne s'occupe ni de la vessie, ni des ligaments larges ; on cherche seulement à raser l'utérus. Au niveau des ligaments larges, en rasant bien l'utérus, on évite de blesser l'arcade artérielle. Quant à la vessie, par la dissection de la collerette, elle se trouve décollée.

5° **Hémostase provisoire des utérines.** En continuant la dissection de la collerette, on arrive sur les utérines qui sont pincées.

6° **Ouverture du cul-de-sac postérieur.** Une fois qu'on est arrivé, par la dissection de la collerette, jusqu'au col utérin, on cherche le cul-de-sac postérieur ; recherche facilitée par l'exploration du cul-de-sac de Douglas et par la présence du tampon vaginal qu'on sent à travers la paroi.

Si la tumeur gêne pour ouvrir le vagin, on se donne du jour en incisant verticalement en arrière la collerette, jusqu'au cul de sac de Douglas. Le cul-de-sac postérieur est ouvert sur le tampon vaginal qui sert de point de repère.

7° **Désinsertion du vagin.** Le vagin est alors désinséré, tout autour du col. au bistouri, ou de préférence aux ciseaux courbes. La désinsertion se fait d'arrière en avant, pour permettre le décollement de la vessie, s'il a été incomplet.

Des pinces sont placées sur les artérioles, qui donnent pendant la désinsertion du vagin.

8° **Extirpation de l'utérus, avec la tumeur.** Une fois que le vagin a été désinséré, l'utérus ne tient plus à rien, il est enlevé en bloc, par l'abdomen.

9° **Hémostase définitive. Formation des quatre pédicules.** On place des fils sur tout ce qui saigne, et pour que les ligatures ne glissent pas on passe les fils dans les tissus voisins, avec l'aiguille de Reverdin.

Delagénière fait quatre pédicules pour les quatre troncs artériels (artères utéro-ovariennes et artères utérines). Les deux pédicules des artères utéro-ovariennes sont faits comme dans toute castration ordinaires et les deux clamps sont enlevés. Pour les utérines, une fois que l'artère et ses nombreux rameaux ont été pincés, au cours de la dissection de la collerette, au lieu de chercher à isoler, sur une seule pince, l'artère utérine, ce qui occasionne une perte de temps sensible, on passe dans la paroi latérale du vagin, et parallèlement à la section circulaire, une anse de soie moyenne, qu'on noue en dehors de toutes les pinces, qu'on a renversées vers l'axe du bassin.

Le nœud est vigoureusement serré, pendant que l'aide enlève, les unes après les autres, toutes les pinces. Le résultat est la formation de deux pédicules latéraux, solidement fixés au vagin (Congrès de Genève).

Pour faire l'hémostase de la tranche vaginale, qui saigne assez souvent, Delagénière fait trois à quatre sutures à la soie, en avant et en arrière, à la manière de A. Martin; ces sutures réunissent les bords du vagin aux bords de la collerette. On arrête ainsi l'hémorrhagie et, en plissant la collerette, on facilite la fermeture de la cavité pelvienne.

10° **Sutures au niveau du plancher pelvien.** Nous venons d'indiquer les sutures qui unissent les bords de la collerette aux bords du vagin. Pour fermer complètement le plancher pelvien, on applique un surjet sur la collerette en adossant séreuse à séreuse.

Delagénière fait un drainage abdominal ; il place un drain dans l'angle inférieur de la plaie abdominale, drain qui va dans le cul-de-sac de Douglas, derrière la collerette.

Le vagin est bourré à la gaze iodoformée.

Le procédé que nous venons de décrire s'applique à la majorité des cas. Quand la tumeur est enclavée dans le bassin, ou qu'on a affaire à une tumeur incluse dans le ligament large, le procédé est le même, avec une légère modification.

a) Dans le cas de tumeur enclavée dans le bassin, les ligaments larges sont incisés sur des pinces coudées et les annexes sont enlevées. La collerette est plus grande et on fait attention à la vessie, qui peut être déviée, ou peut monter jusqu'à l'ombilic.

b) Si la tumeur est incluse dans le ligament large, il faut l'énucléer. On incise le péritoine sur le grand axe de la tumeur, en suivant la direction du ligamont large ; les bords sont disséqués et, à l'aide du tire-bouchon, on extirpe la tumeur, après l'avoir décollée. Le ligament large est alors ramené à des proportions normales, en enlevant l'excès.

Soins consécutifs. On enlève le drain abdominal au bout de quarante-huit heures. Le tampon vaginal est changé quelques heures après l'opération et ensuite tous les jours ; il est supprimé le sixième jour.

A partir du sixième jour, on fait des injections vaginales antiseptiques.

Procédé de Terrier (1).

Le procédé de Terrier est, d'après son auteur, une modification du procédé de Delagénière. Cette modification est pourtant assez grande. M. Terrier recommande de faire l'extirpation en deux temps, d'ouvrir les deux culs-de-sac et, enfin, de suturer les deux lèvres vaginales ensemble.

1° **Laparotomie.**

2° **Extériorisation de la tumeur.** Grâce à l'emploi du tire-bouchon de Delagénière.

3° **Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges.** On place de chaque côté de l'utérus un fil de soie double, en dehors des annexes ; l'anse de chaque fil étant coupée, on sépare les deux moitiés et on les lie séparément. Une des ligatures reste sur le pédicule utéro-ovarien, l'autre est enlevée avec l'utérus.

4° **Section de la partie supérieure des ligaments larges.** La partie supérieure des ligaments larges est sectionnée entre les deux ligatures.

5° **Incision du péritoine antérieur. Décollement de la vessie.** On incise le péritoine sur la face antérieure de l'utérus, à l'aide d'une incision à convexité supérieure, qui se termine sur les côtés, au niveau des deux pédicules utéro-ovariens. La vessie est décollée et le lambeau péritonéal antérieur constitué.

6° **Incision du péritoine postérieur. Décollement du rectum.** Une incision semblable à celle qu'on a faite sur la face antérieure de l'utérus, est pratiquée sur la face postérieure. Mais, ici, le lambeau péritonéal est plus diffi-

(1). Terrier. (*Congrès de Chir. Paris*, 1896) et (*Congrès de Chir. Paris*, 1897).

cile à constituer, le péritoine étant plus mince et plus adhérent.

7° **Hémostase provisoire de la partie inférieure des ligaments larges**. On place une ou deux fortes pinces à pression de chaque côté de l'utérus, au niveau du col utérin.

8° **Amputation de la tumeur au-dessus du col**. La tumeur est enlevée au bistouri ou à l'aide des ciseaux, jusqu'au dessus du col utérin. Le col ne saigne pas, grâce aux pinces placées sur les utérines.

Le reste de l'opération est facilité, la plus grande partie de la tumeur étant enlevée.

9° **Ouverture du cul-de-sac antérieur**. On introduit par le vagin une pince courbe, qui vient faire saillie dans l'abdomen, en soulevant le cul-de-sac vaginal antérieur. Avec une forte pince de Richelot, le moignon utérin étant attiré en haut, on incise le cul-de-sac antérieur, après avoir bien senti la pince vaginale.

10° **Ouverture du cul-de-sac postérieur**. Le cul-de-sac postérieur est ouvert de la même manière que l'antérieur, la pince vaginale étant portée en arrière.

L'ouverture de ce cul-de-sac est plus difficile que celle du cul-de-sac antérieur.

11° **Hémostase définitive de la partie inférieure des ligaments larges**. On substitue aux pinces placées sur les artères utérines, deux ligatures en chaîne.

12° **Extirpation du pédicule**. Le reste des ligaments larges étant coupé, le col est enlevé par l'abdomen.

13° **Sutures au niveau du plancher pelvien**. La lèvre

vaginale antérieure est unie à la lèvre vaginale postérieure par une série de sutures.

Les deux lambeaux de péritoine sont de même suturés ensemble, à l'aide d'un surjet. Donc, la cavité pelvienne est complètement fermée en bas.

M. Terrier est contre le drainage vaginal de la cavité pelvienne (1).

Nouveau procédé de Doyen (2).

L'opérateur est à gauche de la malade, qui est en position inclinée.

1° **Laparotomie**.

2° **Extériorisation de la tumeur**. La tumeur est attirée au dehors du ventre et couchée sur le pubis, grâce à un crochet spécial, dont la pointe est fortement enfoncée dans le fibrome, ou à l'aide de la pince et de l'élévateur de Reverdin, (quand on a affaire à une tumeur trop volumineuse).

Par cette manœuvre, la face postérieure de l'utérus et la cavité de Douglas sont rendues accessibles.

S'il y a des adhérences, on les détache. Si des fibromes sous-péritonéaux, ou intra-ligamentaires, empêchent d'arriver au cul-de-sac postérieur, on énuclée ces fibromes après avoir incisé le péritoine au-dessus d'eux.

3° **Ouverture du cul-de-sac postérieur**. Un aide introduit une pince courbe dans le vagin et soulève le cul-de-sac vaginal postérieur.

L'opérateur reconnaît et touche, par l'abdomen, l'extrémité de la pince et, avec des ciseaux, ou un bistouri, il

(1 Terrier. (*Congrès de Chir. Paris*, 1897).
(2). Doyen. (*Arch. Prov. de Chir.* p. 625, 1896) et (*Congrès de Gyn. de Genève*, 1896).

pratique une boutonnière qui est élargie avec les doigts, ou par l'écartement des pinces.

Le cul-de-sac vaginal postérieur, se trouve ainsi largement ouvert; par l'ouverture, on aperçoit le col utérin.

4° **Désinsertion du vagin Décollement de la vessie. Ouverture du cul-de-sec vaginal antérieur**. Par la boutonnière du cul-de-sac postérieur, on saisit le col utérin à l'aide d'une pince érigne spéciale, et on l'attire fortement en haut. Il suffit de deux coups de ciseaux pour désinsérer le vagin latéralement; le col s'élève alors davantage. Si, dans la première prise, on a saisi seulement la lèvre postérieure du museau de tanche, à ce moment, le col étant très accessible, on saisit la lèvre antérieure, et la muqueuse vaginale du cul-de-sac antérieure est mise à jour.

Le vagin est alors désinséré, en avant, au ras du col, pour ne pas blesser la vessie. Le col soulevé de plus en plus en haut, se détache en un instant de la vessie. Ce décollement se fait de bas en haut, il peut être aidé par le doigt introduit entre la vessie et la face antérieure de l'utérus.

Le péritoine antérieur est alors troué et coupé à quelques centimètres au-dessus de la vessie. Donc, à ce moment, les deux culs-de-sac vaginaux sont ouverts et l'utérus ne tient plus que par les ligaments larges.

5° **Section du ligament large droit**. On introduit l'index gauche, sous le ligament large droit de l'abdomen vers le pubis. L'arcade utéro-ovarienne est ainsi isolée de l'utérus, et le ligament large est sectionné, entre l'ovaire et l'utérus.

6° **Section du ligament large gauche**. La tumeur est alors fortement attirée vers le côté gauche ; « elle s'isole,

en se déroulant, en quelque sorte, de son enveloppe séreuse ». Le ligament gauche est à son tour sectionné.

« C'est à peine s'il est nécessaire, au moment de la section des ligaments larges, tout près de l'utérus, de les saisir entre les doigts. La tumeur enlevée, nous laissons libre le champ opératoire, afin de bien démontrer aux assistants que c'est à peine s'il en jaillit trois ou quatre jets de sang insignifiants ».

7° **Extirpation de la tumeur**. La tumeur est enlevée avec l'utérus, sans avoir fait d'hémostase préventive.

8° **Hémostase des ligaments larges**. Les artères sont pincées à ciel ouvert, « comme dans une simple amputation du sein ». Il suffit en général de quatre ligatures pour faire l'hémostase; deux de ces ligatures sont placées sur les pédicules tubo-ovariens. Ces pédicules sont attirés dans le vagin, après avoir reséqué les annexes.

9° **Sutures au niveau du plancher pelvien.** Doyen ferme complètement le plancher pelvien.

Les lèvres du vagin sont suturées, à l'aide d'un surjet qui arrête l'hémorrhagie légère que la tranche vaginale peut présenter.

Le péritoine est fermé, par dessus, par une double suture en bourse.

MM. Pozzi (1), Reclus (2), Nélaton (3), Reynier (4), qui sont partisans du procédé de Doyen, lui font subir quelques légères modifications. Ces chirurgiens ne ferment

(1). Pozzi. (*Congrès de Chir*. 1896).
(2). Reclus (*Soc. de Chir*. 7 Juillet, 1897).
(3). Nélaton. (*ibid*, 28 Juill.).
(4). Reynier. (*ibid*. 7 Juill.).

pas la cavité pelvienne ; au contraire de Doyen, ils laissent le vagin ouvert et ils établissent un bon drainage, à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée.

Une autre légère modification consiste dans la substitution du catgut à la soie. (Reclus, Reynier).

Enfin, MM. Reynier, Pozzi, etc., font l'hémostase préventive des ligaments larges, avant d'enlever la tumeur.

Edge (1) applique le procédé de Doyen, sans aucune modification.

Procédé de Monprofit (2)

Le procédé de Monprofit n'est qu'une combinaison du procédé de Delagénière et du procédé de Doyen.

1° Laparotomie.

2° Extériorisation de la tumeur. On place une forte pince sur le fond de l'utérus et on l'attire en haut et en avant, de façon à tendre le plus possible ses attaches ; le vagin est allongé et vient (comme le remarque Reverdin (de Genève) au devant de l'opérateur, presqu'au niveau de la plaie abdominale.

3° Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges. Cette hémostase se fait à la manière de Delagénière.

4° Formation de la collerette. Comme dans le procédé de Delagénière.

5° Ouverture du cul-de-sac postérieur. Comme la fait Doyen.

6° Hémostase des artères utérines, Désinsertion du vagin. Le col étant saisi par l'ouverture du cul-de-sac

(1). Edge. Abdominal Panhysterectomy for large fibromyomata of the utérus (*Birmingham Méd. Review*. p. 277, 1896).
(2). Monprofit. (*Congrès de Chir*. 1896).

postérieur, à l'aide d'une forte pince, on l'attire en haut, comme l'indique Doyen; mais, au lieu de désinsérer tout d'abord le vagin et de faire l'hémostase des utérines ensuite, comme le fait ce dernier auteur, Monprofit ne termine l'ablation de l'utérus que lorsque l'hémostase est absolument assurée. Cette hémostase est très facile, grâce au plan incliné et à l'extraction du col, à la manière de Doyen. Les utérines sont très faciles à voir, et on n'a qu'à les pincer.

Si les utérines ne sont pas vues, on n'a qu'à donner un coup de ciseaux, et le jet des artères indique la place où il faut placer les pinces.

Une fois que l'hémostase est assurée, la désinsertion du vagin est continuée et terminée d'après le procédé de Doyen.

7° Extirpation de l'utérus, avec la tumeur.

8° Sutures au niveau du plancher pelvien. La cavité pelvienne est fermée en bas à la manière de Delagénière.

Procédé américain de Kelly (1), (modifié par Segond) (2)

Le procédé que nous allons décrire est le procédé de Kelly, modifié par M. Segond.

Le chirurgien est placé à droite de la malade qui est couchée sur le plan incliné.

1° Laparotomie. On détache les adhérences intestinales ou épiploïques.

2° Hémostase de la partie supérieure du ligament large gauche (artère utéro-ovarienne et artère du liga-

(2). Kelly. (*Bull. of the John's Hopkins hospital* p. 27, Févr. 1896).
(3). Segond. (*Revue de Gyn. et de Chir. Abdominale.* N° 4, 1897).

ment rond). Les adhérences étant détachées, on ne s'occupe pas du volume de la tumeur, ni des masses qui encombrent le petit bassin, et on passe directement aux ligaments larges.

On commence par le ligament large du côté gauche. Son bord supérieur est facile à reconnaître et à aborder. On se porte en dehors des annexes, sur l'aileron supérieur, et on lie l'artère utéro-ovarienne. Du côté de l'utérus, elle est saisie avec une pince hémostatique. L'aileron est alors sectionné, entre la ligature et la pince.

On passe à l'artère du ligament rond, qui est traitée de la même manière que l'artère utéro-ovarienne

Quand les deux vaisseaux ont été liés, on achève de couper le ligament large, de haut en bas, jusqu'à l'artère utérine.

3° Hémostase de la partie inférieure du ligament large gauche. (Artère utérine). Le ligament large gauche étant sectionné jusqu'à l'artère utérine, il faut reconnaître ce vaisseau, ce qui est assez facile, les deux feuillets du ligament large étant écartés. Si l'artère est masquée par une tumeur solide ou liquide, qui occupe le ligament large, il faut l'enlever d'après les règles habituelles et procéder ensuite à la recherche de l'artère.

L'artère utérine une fois trouvée, on la libère, on la lie en dehors, on place une pince du côté de l'utérus et on la coupe entre la ligature et la pince.

4° Ouverture du vagin. Le décollement est poursuivi, au-dessous de l'utérine, au ras de l'utérus, jusqu'à ce qu'on arrive sur l'insertion vaginale ; à ce moment, on sent très bien, au doigt, le col utérin; avec des ciseaux, on pénètre

directement dans le vagin, sans introduire de pince pour soulever les culs-de-sac.

Des petites artérioles coupées saignent, une fois l'insertion vaginale détachée ; pour assurer l'hémostase, il faut faire quelques ligatures.

5° Désinsertion du vagin. Ouverture des culs-de-sac antérieur et postérieur. Décollement de la vessie. Par l'ouverture latérale du vagin, on saisit le col utérin à l'aide d'une pince convenable et on l'attire, en haut et à droite, en le renversant. Le vagin est alors désinséré au ras du col.

En avant, la vessie est décollée de bas en haut, et un lambeau péritonéal suffisant est coupé sur la face antérieure de l'utérus.

6° Hémostase de la partie inférieure du ligament large droit. (Artère utérine). Le col utérin, une fois qu'il a été libéré, en avant et en arrière, est fortement attiré en haut et à droite. Par sa traction, on met à nu l'artère utérine du côté droit ; « cette mise à nu est d'une surprenante facilité ; l'artère utérine se voit dénudée dans une grande étendue et couchée au fond du décollement produit ».

On la lie et on la coupe. Le ligament large droit est alors sectionné, de bas en haut, jusqu'au niveau des ailerons.

7° Hémostase de la partie supérieure du ligament large droit. (Artère utéro-ovarienne et artère du ligament rond). L'artère utéro-ovarienne et l'artère du ligament rond sont liées, et le ligament large droit complètement sectionné.

8° Extirpation de l'utérus, avec la tumeur. L'utérus est enlevé en totalité, avec les annexes.

Il est à remarquer que, dans le cas de gros fibromes, « la tumeur, renversée à droite, porte, forcément, de tout son poids, dans le vide, ou sur le tablier de l'opérateur. Il convient donc de la soutenir, pour éviter un arrachement trop brusque, et de veiller à ce que le tablier, sur lequel elle vient s'appuyer, soit parfaitement aseptique ».

9° Sutures, au niveau du plancher pelvien. On applique un surjet sur le péritoine, mais le vagin est laissé ouvert (Segond).

Souvent des petites artérioles donnent au-dessous des utérines ; de même, la tranche vaginale saigne ; il faut, à tout prix faire une hémostase parfaite. Les artérioles sont liées. Sur la tranche vaginale on peut appliquer un surjet qui arrête l'hémorrhagie et unit cette tranche vaginale au péritoine vaginal.

M. Segond emploie la soie pour les ligatures.

Le drainage est assuré par une mèche iodoformée, placée dans le vagin.

Dans le vrai procédé de Kelly, une fois que l'artère utérine gauche est liée et sectionnée, on coupe le col utérin transversalement et immédiatement au-dessous de l'utérine ; la section conduit sur l'artère utérine du côté opposé, qui est, à son tour, liée et sectionnée. Les autres temps sont les mêmes.

L'ablation n'est pas absolument totale, mais ce qui reste est insignifiant. Par ce procédé on ne pénètre pas dans le vagin. La conservation de la petite rondelle de col, empêche la section des petites artérioles situées sous les utérines ; de plus, elle permet l'occlusion du péritoine et du vagin.

Donc, Kelly ne fait pas de drainage vaginal.

Procédé de Hartmann (1).

Le procédé de Hartmann est une combinaison du procédé de Doyen et du procédé américain de Kelly.

M. Hartmann fait usage du plan incliné.

1° Laparotomie. — Incision du pubis, à un ou deux centimètres de l'ombilic ; l'incision est agrandie, si on a affaire à de gros fibromes. Le sang est arrêté, le plus souvent, en comprimant les lèvres de la plaie, avec des compresses stérilisées.

Pour arriver dans l'abdomen, M. Hartmann recommande de ne pas inciser sur la ligne blanche, mais de fendre la gaine d'un des muscles droits, à côté de cette ligne, et, une fois arrivé sur le muscle, de décoller son bord interne et d'inciser la gaine postérieure. L'éventration est plus rare en procédant de cette manière.

Une fois arrivé sur la tumeur, on sépare les adhérences intestinales ou épiploïques qui peuvent s'y rencontrer. On place une grande compresse stérilisée derrière la tumeur, pour protéger l'intestin, et deux autres compresses, latéralement, jusque dans les fosses iliaques.

2° Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges. — Les annexes étant detachées, on les attire en dehors du ventre, avec une pince à traction ; on place alors une pince de Kocher immédiatement en dehors des annexes et on fait une ligature à la soie sur les vaisseaux utéro-ovariens, en dehors de la pince. La manœuvre est la même pour le côté opposé. La partie supérieure du ligament large est alors coupée, entre les pinces et les ligatures.

(1). Hartmann. (*Annales de Gyn. et d'Obst.* Juillet, 1897).

3° Incision du péritoine antérieur. Décollement de la vessie. — Sur la face antérieure de l'utérus, on pratique une incision transversale du péritoine, incision qui se termine, sur les côtés, au niveau de la section des ligaments larges et, au-milieu, passe au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin. Par cette incision, les ligaments ronds sont coupés et il faut lier les petites artérioles que ces organes contiennent.

Le péritoine est décollé, avec le doigt, et la vessie refoulée vers le pubis

4° Extériorisation de la tumeur. La tumeur est attirée au dehors et renversée sur le pubis grâce à une pince à traction.

5° Ouverture du cul-de-sac postérieur. L'aide introduit, par le vagin, une pince courbe et fait saillir le cul-de-sac postérieur. La pince étant légèrement entr'ouverte, l'opérateur fend, au bistouri, d'avant en arrière, la paroi vaginale. Les deux lèvres de la plaie sont prises entre deux pinces. L'opérateur introduit alors l'index dans la boutonnière et soulève la lèvre droite. Un coup de ciseaux sectionne cette lèvre.

6° Désinsertion du vagin. Avec une pince spéciale, on saisit le col de l'utérus et on l'attire, en haut et en arrière, à travers l'ouverture postérieure. On a alors sous les yeux la paroi vaginale ; « celle-ci est incisée au niveau de la base du ligament large, de manière à éviter la lésion de l'artère utérine ». Le vagin se trouve ainsi désinséré du col.

7° Hémostase de la partie inférieure du ligament large droit (Artère utérine). Avec le doigt, on décolle le

feuillet postérieur du ligament large droit et on trouve l'artère utérine, qu'on pince avec une pince de Kocher. Le ligament large droit est alors sectionné, tout le long et tout près de l'utérus.

8° Hémostase de la partie inférieure du ligament large gauche. L'utérus bascule facilement ; l'utérine du côté gauche est pincée, comme du côté droit, et le ligament large gauche sectionné. Les pinces sont remplacées par des ligatures à la soie, et les ligatures sont couvertes, de chaque côté, par les deux feuillets des ligaments larges, qu'on réunit à l'aide d'un surjet à la soie, ou au catgut.

9° Sutures au niveau du plancher pelvien. L'incision médiane du cul-de-sac postérieur est suturée au catgut. L'orifice supérieur du vagin est rétréci par quelques fils de catgut.

Le vagin est tamponné à la gaze iodoformée qu'on passe de haut en bas. S'il y a une trop grande surface décollée, M. Hartmann recommande de rapprocher les surfaces saignantes, par dessutures ; et, si cela ne suffit pas, d'attacher l'épiploon, qu'on suture au niveau de cette surface à l'aide de quelques fils.

De plus, M. Hartmann place un drain qui sort par l'angle inférieur de la plaie abdominale, toutes les fois qu'il y a une trop grande surface décollée.

Après cette longue énumération des divers procédés d'hystérectomie abdominale totale, pour fibromes, il nous reste à décrire le procédé que nous avons vu employer par nos éminents maîtres, MM. Périer et Peyrot, et à l'aide duquel ont été pratiquées 26 des opérations qui

forment l'étude de ce travail. Nous avons indiqué les soins aseptiques préparatoires, dans un chapitre spécial, pour ne plus y revenir. Nous passons immédiatement à l'acte opératoire.

La malade est mise dans la position inclinée de Trendelenburg.

1° Laparotomie. L'incision de la paroi abdominale doit être suffisante pour bien pouvoir manœuvrer dans le ventre, et pour pouvoir luxer la tumeur au dehors.

2° Extériorisation de la tumeur. Après avoir détaché les adhérences qui peuvent s'y trouver, on sort la tumeur en dehors du ventre, avec la main placée derrière la tumeur, ou à l'aide d'une forte pince de Museux, placée sur le fond de l'utérus, ou sur le fibrome.

3° Hémostase de la partie supérieure des ligaments larges. On place une ligature en dehors des annexes, sur la partie supérieure des ligaments larges, et une pince sur le pédicule des annexes, tout près de l'utérus. Les ligaments larges sont alors sectionnés dans leur partie supérieure, et les annexes sont extirpées.

Quand les annexes sont adhérentes, ou qu'elles sont malades, on agit absolument comme dans une salpingectomie ; on doit faire seulement attention à ne pas crever les poches. Des compresses stérilisées doivent protéger les parties environnantes.

4° Incision du Péritoine antérieur. Décollement de la vessie. Le péritoine de la face antérieure de l'utérus est incisé transversalement, au dessus de la vessie. Un lambeau péritonéal est constitué, en décollant ce péritoine avec les doigts et les ciseaux. La vessie est refoulée vers le pubis.

5° Ouverture du cul-de-sac antérieur. M. Périer a l'habitude de se servir d'une tige métallique spéciale, qui soulève facilement et fortement le cul-de-sac vaginal antérieur, grâce à sa courbure. — Un aide introduit cette tige dans le vagin et fait saillir le cul-de-sac antérieur. Avec le doigt, on cherche l'extrémité de la tige et, sur la rainure qu'elle présente à ce niveau, on incise verticalement, sur une longueur de un centimètre, le cul-de-sac vaginal. Cette incision doit se faire le plus près possible de l'utérus, empiétant même sur le tissu utérin.

Une fois que le vagin est ouvert, on place, sur les lèvres de l'incision, deux pinces de Kocher.

6° Désinsertion du vagin. Hémostase des artères utérines. La tumeur est attirée fortement en haut et du côté opposé à celui par où commence la désinsertion du vagin.

Avec les ciseaux, on détache le vagin le plus près possible du col utérin, rasant pour ainsi dire cet organe. Au fur et à mesure que la désinsertion se continue, on applique des pinces de Kocher sur les vaisseaux de la tranche vaginale. L'artère utérine est à ce moment apparente ; on peut la pincer avant de la sectionner, ou on la sectionne tout d'abord et on applique une pince ensuite.

Le vagin, une fois désinséré sur la face postérieure du col, le rectum se sépare de lui-même. L'aide tourne l'utérus légèrement sur lui-même, de telle sorte qu'il présente aux ciseaux l'insertion vaginale. En continuant, on arrive sur l'artère utérine du côté opposé, laquelle est pincée avec la même facilité que la première. Enfin, le reste du vagin est rapidement détaché.

7° Extirpation de l'utérus, avec la tumeur. Une fois le vagin désinséré, l'utérus, libre de toute attache, s'enlève en bloc, par l'abdomen.

8° Sutures, au niveau du plancher pelvien. Après avoir bien nettoyé la cavité pelvienne, on remplace les pinces par des ligatures, à la soie. Il suffit de deux ligatures sur les artères utérines, et de quelques autres ligatures sur la tranche vaginale, pour assurer l'hémostase.

Quand la tranche vaginale saigne en nappe, on peut appliquer un surjet qui arrête immédiatement le suintement sanguin.

Les feuillets des ligaments larges sont réunis à l'aide d'un surjet, de chaque côté. Ces deux surjets, à la soie, descendent, en bas, jusqu'à l'orifice vaginal qu'ils rétrécissent en grande partie.

Les pédicules des vaisseaux sont ainsi recouverts par le péritoine ; par conséquent, ils se trouvent en dehors de la cavité abdominale.

En bas, la cavité pelvienne reste ouverte pour assurer un bon drainage vaginal.

Ce drainage est obtenu à l'aide d'un drain en caoutchouc entouré de gaze iodoformée, ou de gaze stérilisée. Le drain descend dans le vagin où il est entouré de gaze iodoformée.

M. Périer pratique toujours ce drainage vaginal qui, jusqu'ici, lui a donné des résultats excellents.

Le nettoyage de la cavité abdominale étant de nouveau fait, on passe à la suture de la paroi.

Cette suture est pratiquée sur trois plans. Deux plans, péritonéal et musculaire, à l'aide de deux surjets à la

soie, et un plan cutané, aux crins de Florence. Un pansement aseptique ordinaire est appliqué sur la plaie abdominale et sur la vulve. Une sonde de Petzer est laissée à demeure dans la vessie.

Le procédé que nous venons de décrire a beaucoup d'analogie avec le procédé de M. Ricard et avec le procédé de Delaunay. Il est une combinaison de ces deux procédés. Il ne diffère du procédé de M. Ricard que par la manière de pratiquer l'hémostase de l'utérine ; cette hémostase étant faite au moment de la désinsertion du vagin.

Au lieu d'ouvrir en première ligne le cul-de-sac antérieur, on peut commencer par l'ouverture du cul-de-sac postérieur. Alors l'opération devient identique au procédé de Doyen, sauf que l'hémostase des ligaments larges est préventive.

c). Soins consécutifs

Nous n'aurons que très peu de mots à dire des soins consécutifs à l'hystérectomie abdominale totale. Ces soins ne diffèrent en rien de ceux des laparotomies.

La malade présente, le premier, et, quelquefois, le deuxième jour, des vomissements dus au chloroforme. On peut calmer ces vomissements, en faisant sucer à la malade des petits morceaux de glace.

Le premier jour de l'opération, la malade ne prend aucun aliment ; le deuxième jour, on lui donne un peu de Champagne ; de même, le troisième jour. A partir de ce moment, la malade est légèrement alimentée avec des liquides.

Le quatrième jour, on lui donne une purgation légère, ou un lavement.

Le drain vaginal, quand on a pratiqué le drainage, est enlevé quarante-huit heures après l'opération. Le vagin est ensuite légèrement nettoyé avec des petits tampons stérilisés, imbibés d'un liquide antiseptique. Ce nettoyage ne doit pas être trop profond ; il doit se borner pour ainsi dire, à enlever les liquides septiques du vagin. On place alors une lanière de gaze iodoformée dans le vagin. Cette lanière peut être changée tous les deux jours, ou laissée en place jusqu'au huitième jour. A partir de ce moment, le vagin reçoit, par jour, deux injections au chloral, ou au sublimé faible. Ces injections doivent être données sous une très légère pression, surtout dans les premiers jours, pour ne pas rompre les adhérences.

Le neuvième jour, les crins sont enlevés et un autre pansement aseptique est appliqué, jusqu'au douzième ou quinzième jour.

La malade ne doit pas marcher avant le vingt-unième jour.

Voilà, sommairement, quels sont les soins consécutifs ordinaires. Mais souvent, la malade se trouve dans un état tel que d'autres soins lui sont nécessaires.

Si la malade a perdu beaucoup de sang, ou si elle présentait, avant l'opération, un état d'anémie prononcée, il faut pratiquer, immédiatement après l'opération, des injections de sérum artificiel. Ces injections sont faites dans le tissu cellulaire, ou dans les veines, suivant l'urgence et suivant le cas. Il est quelquefois nécessaire d'injecter trois à quatre litres de sérum dans la journée. Les jours suivants, ces injections sont continuées ou non, suivant l'indication.

Des injections de caféine sont le plus souvent nécessaires, surtout si on a affaire à des malades affaiblies,et si l'opération a duré longtemps.

Les premiers jours après l'opération, il est indiqué de faire des injections de morphine, si la malade est agitée et si elle ne dort pas.

CHAPITRE VII.

CHOIX DU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

Nous venons de passer en revue un très grand nombre de procédés d'hystérectomie abdominale totale ; il reste à en faire le choix et à indiquer celui qui doit être employé de préférence aux autres. Tout d'abord, il nous faut diviser ces procédés en deux classes : ceux dont les manœuvres sont purement abdominales, et ceux dans lesquels, à un moment donné, on est obligé d'intervenir par le vagin, soit pour placer des pinces, soit pour exécuter une manœuvre plus complexe. Il est incontestable que tout procédé qui appartient à ce deuxième groupe, est inférieur à celui qui est purement abdominal. Malgré toutes les précautions qu'on peut prendre du côté du vagin, on n'est jamais certain d'obtenir une asepsie parfaite. Ce passage, du vagin à l'abdomen, constitue un grand danger pour la malade ; il faut donc supprimer ce temps opératoire. Tous les procédés qui présentent des manœuvres vaginales sont, par conséquent, défectueux et de beaucoup inférieurs aux autres.

Dans cette dernière classe rentrent les procédés que nous avons décrits en première ligne : procédés de Bardenheuer, de Bold, de Routier, de Rouffart, de Jacobs et de Moulonguet. Les manœuvres vaginales sont plus ou moins étendues ; elles constituent le premier temps de l'opération. Quelles que soient les précautions que l'opérateur prenne, soit au point de vue de ses mains, soit au point de vue de la désinfection du vagin, il n'est jamais sûr de ne pas commettre des fautes d'asepsie.

On a voulu comparer ces manœuvres vaginales de l'hystérectomie abdominale totale à celles de l'hystérectomie vaginale, et l'on en est arrivé à cette conclusion que, du moment que ces manœuvres sont sans danger dans ce dernier cas, (les précautions d'asepsie étant prises), il doit en être de même dans l'hystérectomie abdominale. Il n'en est rien et le simple raisonnement fait voir qu'il y a une grande différence à ce point de vue. Dans l'hystérectomie vaginale, les manœuvres se pratiquent dans le vagin, en dehors du ventre pour ainsi dire, tandis qu'au contraire, dans l'hystérectomie abdominale totale, tout se passe dans la grande cavité péritonéale.

Parmi les procédés qui entrent dans cette classe, nous avons cité celui de M. Routier. Ce procédé est non seulement défectueux, en raison des manœuvres qu'on est obligé de pratiquer par le vagin, mais aussi à cause de la substitution des liens élastiques aux ligatures, pour assurer l'hémostase de la partie inférieure des ligaments larges.

Aujourd'hui, tous les chirurgiens tendent, autant que possible, à remplacer les ligatures en masse par des ligatures appliquées directement sur les vaisseaux. L'emploi

du lien élastique présente de nombreux inconvénients qui font que l'on doit rejeter cette pratique.

Il est assez difficile d'arrêter le degré de striction qu'on veut obtenir sur les ligaments larges, quand on emploie un lien élastique. De plus, celui-ci glisse avec une grande facilité quand le ligament large n'est pas assez épais. Un autre inconvénient est que le lien élastique ne s'élimine que trente jours après l'opération. Pendant tout ce laps de temps, le lien, attiré dans le vagin, peut devenir un foyer d'infection pour la malade. Enfin des hémorrhagies secondaires peuvent se montrer lors de son élimination.

Donc il n'y a aucun avantage à supprimer les ligatures ordinaires et à employer la ligature élastique.

Si nous passons maintenant aux procédés dans lesquels les manœuvres vaginales se limitent au placement de pinces sur les ligaments larges, nous voyons que ces procédés, d'une exécution assez rapide, sont passibles des mêmes inconvénients que ceux signalés plus haut.

Parmi eux, nous avons rangé les procédés de Péan, de Lanphear et les deux deux procédés anciens de Doyen et de Richelot.

Le procédé de Péan que nous avons décrit en première ligne, avec ses fils métalliques et la section du pédicule à travers le canal cervical, expose plus que les autres aux infections venues de la cavité utérine ou du vagin. C'est donc un procédé défectueux.

Dans le procédé de Lanphear, bien que les manœuvres vaginales soient très limitées, comme du reste dans les procédés anciens de Doyen et de Richelot, elles n'en constituent pas moins un inconvénient qui place ces procédés au-dessous de ceux purement abdominaux.

Le procédé ancien de Doyen, important à plusieurs points de vue, est tout à fait original : l'absence d'hémostase préventive, la formation d'une vaste collerette péritonéale lui sont spéciales. Pourtant, ce procédé est inférieur au procédé nouveau de Doyen, lequel se dispute actuellement, avec le procédé américain et celui de Ricard, les suffrages de la majorité des chirurgiens.

Si nous passons au troisième groupe de procédés, (ceux dans lesquels tous les temps de l'opération se passent dans l'abdomen), nous trouvons qu'ils sont incontestablement supérieurs aux autres.

On peut faire ici plusieurs classes, suivant les différents procédés employés pour l'hémostase des ligaments larges, suivant ceux usités pour le décollement de la vessie, ou l'ouverture du vagin, et enfin suivant l'emploi ou non de drainage vaginal.

L'hémostase des ligaments larges est préventive dans tous les procédés, sauf dans celui de Doyen, et en partie, dans le procédé de Delbet, où l'on ne pratique l'hémostase qu'une fois que les ligaments larges sont coupés. Le décollement de la vessie se fait de haut en bas, sauf pour les procédés de Doyen et de Kelly-Segond, où ce décollement est pratiqué de bas en haut.

La collerette péritonéale est plus ou moins volumineuse, suivant les divers procédés ; celui de Delagénière présente la collerette la plus grande.

On commence l'ouverture du vagin par le cul-de-sac postérieur, dans les procédés de Chrobak, de Martin, Polk, Jacobs, Delagénière, Doyen, Hartmann etc. On la commence par le cul-de-sac antérieur dans les procédés

de Guermonprez, Poirier, Delaunay, Jonnesco ; sur les côtés, dans le procédé de Kelly-Segond. Enfin l'ouverture du vagin peut se faire indifféremment par le cul-de-sac antérieur, ou par le cul-de-sac postérieur, dans les procédés de Ricard, Delbet, etc.

Le drainage vaginal est pratiqué par Jacobs, Ricard, Schwartz, Delaunay, Segond ; il n'est pas admis par Chrobak, Guermonprez, Delbet, Richelot, Delagénière, Doyen, Terrier etc.; il n'est pratiqué que dans des cas exceptionnels par Martin, Polk, Le Bec, etc.

Quoi qu'il en soit, tous ces procédés dérivent les uns des autres, de telle sorte qu'on peut admettre qu'il n'y a que quatre ou cinq procédés types, et que tous les autres n'en sont que de simples modifications.

Dans les procédés de Chrobak, de Lennander et de Martin, en introduisant l'index dans le vagin, par l'ouverture du cul de sac postérieur, soit pour lier les utérines, soit pour compléter la désinsertion du vagin, on risque d'infecter la cavité péritonéale, si le vagin n'a pas été bien aseptisé. Pourtant, cette manœuvre est tellement limitée que nous avons cru pouvoir placer ces procédés parmi ceux purement abdominaux.

Les procédés de Le Bec et de Bowmann Jessett se caractérisent par la manière spéciale de lier les artères utérines : les fils passent par le vagin avant d'être noués, ce qui peut constituer un inconvénient, mais il n'est pas moins vrai que la ligature des utérines se fait, dans ce cas, avec une grande facilité.

Dans le procédé d'Edebohls, toutes les manœuvres sont abdominales, mais la ligature des utérines est difficile, les

ligaments larges étant intacts. Guermonprez et Delaunay, pour faire l'hémostase des utérines, appliquent des pinces qui prennent en même temps les artères et la tranche vaginale. De cette manière, l'hémostase se fait très facilement.

Le procédé de M. Ricard, dont dérivent une foule d'autres, est un des meilleurs procédés d'hystérectomie abdominale totale. Tous les temps opératoires se passent par l'abdomen; l'hémostase des utérines est faite après avoir isolé ces vaisseaux. La désinsertion du vagin est obtenue, comme dans le procédé de Doyen, en attirant le col en haut, par la boutonnière postérieure et en incisant le vagin aux ciseaux, tout autour du col. Il remplit tous les desiderata d'un procédé excellent qui peut être mis sur la même ligne que le procédé de Doyen et le procédé américain.

C'est ce procédé, (légèrement modifié en ce qui concerne l'hémostase des utérines, laquelle est pratiquée comme dans le procédé de Delaunay), qu'emploient nos distingués maîtres MM Perrier et Peyrot, dans leurs hystérectomies abdominales totales.

Jacobs, Poirier et Jonnesco suivent également le même manuel opératoire que Ricard, sauf de très légères modifications.

Dans le procédé de M. Delbet, l'hémostase des utérines se fait, comme dans celui de Doyen, une fois que les ligaments larges sont coupés. Cela peut constituer un grand avantage, quand la ligature des utérines est difficile.

Le danger de l'infection venue du vagin, ou de la cavité utérine, a suggéré à Goullioud son procédé. Laissant de côte la recherche de l'artère utérine qui est faite d'une manière spéciale, ce qui constitue l'originalité de ce pro-

cédé, c'est l'extirpation de l'utérus avec une partie de vagin. Les deux pinces, placées l'une au-dessous de l'autre, sur la partie supérieure du vagin primitivement dénudé, empêchant les liquides septiques du vaginou de la cavité utérine de tomber dans le péritoine, voilà ce qui, en quelque sorte, constitue l'idéal de l'opération purement abdominale. Reste à savoir si l'extirpation de la partie supérieure du vagin n'est pas dangereuse pour les uretères ; car, comme l'a montré M. Delbet, les tractions en haut de l'utérus font descendre ces organes sur les côtés du vagin.

Le nouveau procédé de M. Richelot diffère de l'ancien par l'absence de toute manœuvre vaginale. L'hémostase des ligaments larges est faite, dans ce nouveau procédé, avec des pinces, mais seulement d'une manière provisoire, les pinces étant remplacées, plus tard, par des ligatures au catgut. L'ouverture du vagin est pratiquée, sans l'intermédiaire des pinces introduites par le vagin ; le dôme vaginal est coupé directement par l'abdomen avec des ciseaux qui empiètent sur le tissu utérin.

Le procédé de Delagénière est un des meilleurs procédés d'hystérectomie abdominale totale. Son originalité consiste, surtout, dans la formation d'une vaste collerette péritonéale et dans l'hémostase des vaisseaux utéro-ovariens utérins et qui est réduite à la constitution de quatre pédicules.

Il nous reste à parler de deux derniers procédés : celui de Doyen et du procédé américain.

Dans la discussion qui s'est ouverte, cette année, à la Société de chirurgie, la majorité des chirurgiens se sont déclarés partisans de l'un ou de l'autre de ces procédés.

Dans le nouveau procédé de Doyen, l'hémostase des ligaments larges est faite, après avoir coupé ces ligaments ; en d'autres termes, Doyen ne fait pas d'hémostase préventive. L'opération gagne ainsi en rapidité. Un deuxième point, non moins important que le premier, est le décollement de la vessie. Ce décollement est fait de bas en haut, contrairement aux procédés que nous venons de signaler jusqu'ici, où la vessie est détachée de haut en bas.

La séparation de la vessie se fait très facilement dans le procédé de Doyen, comme dans l'hystérectomie vaginale.

Ce que nous venons de dire pour ce procédé s'applique également à celui de Kelly-Segond, sauf que, dans ce dernier, l'hémostase des ligaments larges est préventive.

Comme dans le procédé de Doyen, le décollement de la vessie se fait de bas en haut, et l'utérus est extirpé avec une grande facilité.

Nous venons de passer en revue les points saillants, les points originaux de chaque procédé, en insistant sur ce qu'ils peuvent présenter de défectueux.

Choisir, parmi tous ces procédés, est difficile, chaque chirurgien ayant sa technique propre, et chaque procédé présentant des qualités diverses.

Pourtant, comme l'a dit M. Segond (1) à la Société de chirurgie, le meilleur procédé d'hystérectomie abdominale totale est celui qui remplit les desiderata suivants :

1° Assimiler l'hystérectomie à l'ablation d'une tumeur quelconque ;

(1) Segond. (*Soc. de Chir.*, 21 juillet 1897).

2° Rendre l'intervention exclusivement abdominale, sans la combiner à des manœuvres vaginales plus ou moins complexes ;

3° Suppression des ligatures en masse avec des fils énormes ;

4° Découverte méthodique et ligature successive des vaisseaux, d'après les règles habituelles de l'hémostase ;

5° Eviter le contact des intestins avec de gros moignons rugueux, ou des surfaces dénudées plus ou moins étendues.

Parmi les procédés que nous venons de décrire, ceux qui remplissent ces desiderata sont assez nombreux.

Les procédés de Doyen, de Kelly-Segond, de Ricard, de Delagénière, etc., et tous les procédés qui en dérivent, comme ceux de Terrier, de Delbet, de Hartmann, de Jonnesco, etc., peuvent être classés parmi les meilleurs.

MM. Reclus, Nélaton, Reynier sont partisans du procédé de Doyen, avec modifications en ce qui concerne le drainage. Ces auteurs emploient toujours le drainage vaginal, contrairement à Doyen, qui ferme la cavité pelvienne.

MM. Segond, Quénu, Schwartz, Pozzi sont, de même, partisans du procédé américain, avec grand drainage de la cavité pelvienne.

CHAPITRE VIII

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

Les accidents et les complications qui peuvent se rencontrer dans l'hystérectomie abdominale totale, ne diffèrent en rien de ceux qu'on peut observer dans toute laparotomie.

Ces accidents peuvent être divisés en deux groupes :

1° Accidents ou complications, pendant l'opération.

2° Accidents ou complications, après l'opération, ou tardifs.

Accidents ou complications, pendant l'opération :

En ouvrant la cavité abdominale on peut rencontrer, comme dans toute laparotomie, des adhérences plus ou moins nombreuses, entre la tumeur et les organes voisins. Il faut, dans ce cas, détacher doucement ces adhérences pour ne pas blesser les organes. S'il s'agit d'adhérences épiploïques, on les coupe entre deux ligatures, à moins que les adhérences ne se détachent d'elles-mêmes.

Si la tumeur adhère au péritoine pariétal, on cherche, avec les doigts, à la séparer de la paroi abdominale.

Quand le fibrome adhère à l'intestin, le cas est plus difficile. Pourtant, même dans ce cas, l'intestin se détache souvent facilement. Il suffit de tirer légèrement et de couper les quelques tractus fibreux qui tiennent l'intestin accolé à la tumeur, pour voir celui-ci se décoller, sans qu'on ait produit la moindre lésion.

Mais des cas plus graves peuvent se présenter ; l'intestin peut adhérer tellement à la tumeur que sa paroi fait, pour ainsi dire, corps avec l'enveloppe du fibrome. Il faut alors couper, avec le bistouri, dans la capsule du fibrome, et détacher l'intestin avec une petite portion de cette capsule. C'est seulement en agissant de cette manière qu'on est sûr de ne pas blesser l'intestin.

Si, par hasard, l'intestin a été déchiré ou ouvert, il faut pratiquer immédiatement la suture ; un plan séro-musculaire et un ou deux plans séro-séreux suffisent pour assurer la fermeture de l'orifice. Ces blessures de l'intestin sont exceptionnelles.

Un autre accident, qui peut s'observer au cours ne l'hystérectomie abdominale totale, c'est l'hémorrhagie.

Mais, autant l'hémorrhagie est à craindre et s'observe fréquemment dans l'hystérectomie partielle, autant elle est exceptionnelle dans l'hystérectomie abdominale totale.

Dans ce dernier cas, les vaisseaux sont pour ainsi dire sous les yeux de l'opérateur ; tout ce qui saigne est pincé ; les ligatures une fois placées, à moins qu'elles ne soient mal faites, assurent l'hémostase d'une façon absolue. Il n'y a plus rien à craindre, ni le glissement du lien élastique ni l'hémorrhagie du pédicule, comme dans l'hystérectomie partielle, tout cela étant supprimé dans l'hystérectomie abdominale totale.

Pourtant, l'hémorrhagie peut s'observer, même dans l'hystérectomie abdominale totale. Elle reconnaît plusieurs causes : soit qu'au cours de l'isolement du fibrome on perfore un vaisseau important (ce qui est assez rare), soit qu'une ligature, mal serrée, glisse, soit enfin qu'il s'agisse d'un léger suintement sanguin, quand une grande surface a été dénudée.

Mais on comprend que, dans tous ces cas, l'hémorrhagie soit insignifiante et on l'arrête avec une grande facilité. La ligature qui a glissé est remplacée par une autre ; le vaisseau qui saigne est pincé, le suintement sanguin est arrêté par la compression, à l'aide de compresses stérilisées, ou par la suture et le plissement de la surface qui saigne.

Quand le pédicule qui contient un vaisseau, sur lequel on a appliqué une ligature, est court, que la ligature glisse, il faut le traverser avec une aiguille de Reverdin et faire la ligature, d'abord de la moitié, ensuite de la totalité du pédicule.

Quoi qu'il en soit, l'hémorrhagie n'est pas beaucoup à craindre dans l'hystérectomie abdominale totale, quand toutes les précautions ordinaires sont prises.

Un autre accident, qu'on peut du reste éviter facilement au cours de l'hystérectomie abdominale totale, c'est l'ouverture de la cavité utérine et l'écoulement, dans le péritoine des liquides septiques que cette cavité contient.

Il faut donc, autant que possible, enlever la tumeur en totalité et prendre les précautions que nous avons indiquées plus haut en décrivant les soins préliminaires, et sur lesquels il est inutile de revenir.

En dehors de l'intestin, qui est rarement perforé au cours de l'hystérectomie abdominale totale, il faut signaler deux autres accidents beaucoup plus fréquents ; ce sont la perforation de la vessie et la blessure des uretères. Ces deux derniers accidents, assez sérieux, surtout le dernier, sont heureusement assez rares.

La vessie est souvent déplacée, surtout quand il s'agit de grosses tumeurs irrégulières, plus saillantes d'un côté du bassin que de l'autre.

Il faut, dans ce cas, bien chercher à délimiter son sommet, et, dans les cas difficiles, se servir d'une sonde vésicale qu'un aide manipule, dans la vessie, et qui indique ses limites.

La perforation de la vessie est impossible par les procédés où cet organe est décollé de bas en haut, comme dans les procédés de Doyen et de Kelly-Segond.

Si la vessie est ouverte, l'ouverture est suturée à l'aide de plusieurs plans séro-séreux et une sonde de Peltzer est placée à demeure.

La blessure, ou la ligature des uretères est plus grave. C'est, le plus souvent, au moment de la séparation du col utérin, ou de la ligature des utérines, que cet accident survient. Mais, encore cette fois, comme pour les cas indiqués plus haut, si on prend des précautions, il est impossible de blesser les uretères.

Nous avons insisté sur les expériences de Delbet qui a montré qu'en attirant fortement l'utérus en haut, les uretères ne sont plus en contact avec cet organe, mais le sont avec le vagin. Il faut donc, autant que possible, bien soulever l'utérus en haut.

Dans les procédés où l'on ouvre le vagin par le cul-de-sac postérieur, et où l'on continue la désinsertion du vagin à partir de ce point, il est presque impossible de blesser les uretères, ces organes étant refoulés en avant et sur les côtés.

Il en est de même quand on a soin de bien décoller le péritoine de la face antérieure de l'utérus jusqu'au vagin, et d'ouvrir celui-ci par le cul-de-sac antérieur.

Quand l'uretère a été coupé, on peut faire immédiatement un abouchement dans la vessie, si l'on s'aperçoit de la lésion, comme dans le cas de M. Schwartz (1). Mais, dans la majorité des cas, ce n'est que quelques jours après qu'on diagnostique celle-ci, lorsqu'une fistule urétéro-vaginale se constitue, ou que des troubles rénaux apparaissent.

Nous n'insistons pas sur les interventions que ces accidents secondaires nécessitent. Il suffit de dire que cette blessure des uretères est impossible, quand on a soin d'empiéter sur le tissu utérin, au moment de l'extirpation du col.

Accidents ou complications, après l'opération : Ces accidents peuvent s'observer quelques heures, ou quelques jours après l'opération.

Nous avons parlé de l'hémorrhagie primitive, celle qui se voit au moment de l'opération ; il nous reste à voir l'hémorrhagie secondaire, celle qui apparaît quelques heures, ou quelques jours après l'intervention.

Si l'une des ligatures a glissé, l'hémorrhagie apparaît immédiatement; le plus souvent elle est mortelle, car rarement on intervient à temps.

D'autres fois, l'hémorrhagie apparaît quelques jours

(1) Schwartz. (*Congrès de Chir.*, Paris, 1897).

après l'opération. Dans ces cas, on a affaire à des pédicules infectés qui s'éliminent, et, comme le caillot n'est pas assez résistant, l'hémorrhagie est constituée.

Ces hémorrhagies secondaires sont presque toujours mortelles, à moins qu'il ne s'agisse de vaisseaux d'un calibre insignifiant. Elles peuvent s'observer dans l'hystérectomie abdominale totale, comme dans toute laparotomie, où l'on n'a pas pris des soins minutieux.

Un autre accident, beaucoup plus fréquent, en dehors de l'hémorrhagie secondaire, c'est la septicémie.

Celle-ci reconnaît pour causes : soit des fautes d'asepsie, commises au cours de l'opération, soit l'infection du péritoine par les agents septiques du vagin, soit un épanchement purulent provenant de la rupture de poches salpingiennes qui peuvent accompagner le fibrome.

Il faut donc prendre toutes les précautions possibles pour obtenir une asepsie parfaite du vagin, supprimer toute manœuvre vaginale.

Les poches salpingiennes doivent être décollées avec attention. Si l'on trouve que ce décollement ne peut se faire sans déchirure, il faut ponctionner la poche, avant de la détacher.

Le drainage vaginal est pratiqué par beaucoup de chirurgiens, comme Ricard, Reclus, Régnier, Nélaton, Pozzi, etc , dans tous les cas. En admettant qu'on puisse le supprimer, quand l'opération a été facile, qu'il n'y a eu aucun décollement, il n'en est pas moins vrai que le drainage vaginal rend de très grands services. Il est même absolument indispensable, quand il s'agit de grandes surfaces dénudées qui suintent, ou qui peuvent s'infecter avec une très grande facilité.

Ce que nous venons de dire de la septicémie s'applique à la péritonite.

Le plus souvent, celle-ci est généralisé et grave. Dans ce cas, elle fait partie du cortège de la septicémie. Quelquefois, pourtant, cette péritonite diminue les jours suivants, et la malade guérit, quand les soins consécutifs sont bien institués. Dans ce cas, on doit appliquer une vessie de glace sur le ventre ; aussitôt que des phénomènes d'infection apparaissent, il faut intervenir énergiquement par des injections de caféine, et surtout par des injections de sérum artificiel.

Les guérisons obtenues, grâce au sérum, sont actuellement innombrables. Nous-même nous avons eu l'occasion, à plusieurs reprises, d'apprécier les effets miraculeux obtenus par son emploi.

Nous pouvons citer, en particulier, deux malades, opérées par l'un de nos maîtres pour de gros fibromes utérins, qui, le troisième jour après l'opération, commençaient à faire de la septcémie. Nous leur injectâmes, quotidiennement quatre litres de sérum, pendant trois jours, et elles guérirent, malgré 40° de température, le 3e jour de l'opération.

Le sérum peut-être infecté dans le tissu cellulaire quand l'infection est d'une intensité moyenne.

La septicémie, constitue en somme, comme dans toute laparotomie, le grand danger de l'hystérectomie abdominale totale. Mais elle est beaucoup moins fréquente dans cette opération que dans l'hystérectomie abdominale partielle.

Il faut donc prendre les précautions d'asepsie rigoureuses, pour mettre la malade à l'abri de cet accident.

La parésie, l'obstruction intestinale peuvent s'observer dans l'hystérectomie abdominale totale, comme dans n'importe quelle laparotomie. Elles ne présentent ici rien de spécial, il est donc inutile d'y insister.

Il en est de même de l'embolie. Un caillot se détache au niveau des grosses veines péri-utérines, et des accidents terribles apparaissent, qui se terminent le plus souvent par la mort. Cette complication est également commune à toutes les laparatomies.

Il nous reste, pour terminer cette énumération des accidents observés pendant l'hystérectomie totale, à parler du schock opératoire et des complications tardives observées à la suite de l'élimination des fils.

On a soutenu que l'hystérectomie abdominale totale prédispose, plus que l'hystérectomie partielle, au schock opératoire.

Cette manière de voir est loin de correspondre à la réalité des faits.

Avant tout, il faut bien montrer ce qu'on doit comprendre par cette notion assez vague de schock opératoire.

Il est certain qu'on a mis souvent sur le compte du schock, de véritables septicémies dues à des fautes d'asepsie.

Il faut donc séparer la septicémie, ou l'infection post-opératoire, du schock.

e sc hock doit s'appliquer à l'état particulier que présente la malade, après une longue opération. Il se montre surtout chez les femmes âgées, anémiées ou qui présentent généralement une tare quelconque, une affection

rénale, une affection cardiaque, etc. On comprend que, dans ce dernier cas, si l'opération a duré une heure et demie, deux heures, ou davantage, la malade se trouve, après l'intervention, dans un état de faiblesse extrême qui peut devenir très grave.

Il reste à voir si l'hystérectomie abdominale totale dure plus longtemps que l'hystérectomie partielle et, par suite, expose plus au schock opératoire.

Nous avons insisté suffisamment sur ce point et nous avons montré que l'extirpation totale de l'utérus se fait beaucoup plus vite que l'ablation partielle. Donc, à ce point de vue, l'extirpation totale expose moins au schock que l'extirpation partielle.

Mais il n'en est pas moins vrai que l'ablation totale étant une opération grave doit s'adresser à des malades dont l'état général ne laisse rien à désirer.

L'opération en elle-même exige beaucoup d'habileté.

Elle doit être pratiquée rapidement, de telle sorte que la malade perde le moins de sang possible, et qu'elle ne reste pas trop longtemps sous le chloroforme.

Les injections de caféine et les injections de sérum artificiel rendent, ici, plus peut-être que dans la septicémie, de réels services.

Pour finir, signalons les abcès de la paroi abdominale et l'élimination des fils de soie. Mais ces sortes de complications peuvent être évitées facilement, quand les soins d'asepsie ne laissent rien à désirer.

En résumé, l'hystérectomie abdominale totale ne pré-

sente d'autres accidents ou complications que ceux observés dans toute laparotomie.

Ces accidents sont, en grande partie, sinon complètement évités, quand l'opération se fait avec toutes les précautions que la chirurgie actuelle exige.

CHAPITRE IX

OBSERVATIONS

Observation I. *Fibrome utérin adhérent. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — Suzanne N..., âgée de 31 ans, ménagère, entre le 15 octobre 1896, salle Denonvilliers, lit n° 10, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Périer.

Antécédents personnels: Réglée à 16 ans ; règles toujours régulières, jusqu'à l'âge de 25 ans ; à partir de cette époque, les règles durent 7 à 8 jours. — Pas de pertes dans l'intervalle des règles. — Pertes en blanc très abondantes. — Pas d'enfants. — Pas de fausses couches.

Depuis deux ans la malade remarque que son ventre augmente de volume. — Depuis un an, la malade présente des douleurs dans le ventre ; douleurs, surtout au moment des règles.

En même temps que l'apparition des douleurs, la malade a observé qu'elle était atteinte souvent de constipation et d'envies fréquentes d'uriner. Ces complications ont augmenté, dans ces derniers temps, et ont obligé la malade à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. A l'inspection de la malade on trouve qu'elle est légèrement anémiée. — Son état général est pourtant assez bon.

Le ventre est légèrement saillant.

A la palpation, on trouve une tumeur qui occupe la partie inférieure de la cavité abdominale, dont la limite supérieure se trouve à mi-chemin entre l'ombilic et la symphyse du pubis. — Cette tumeur est dure, bosselée, irrégulière et indolente. — Elle est mobile dans le sens transversal. Elle paraît unique.

A la percussion, il y a de la sonorité dans toute la cavité abdominale, sauf au niveau de la tumeur où on trouve de la submatité. — Pas d'ascite.

Au toucher vaginal, on trouve un col dur, en position normale, légèrement entr'ouvert et déchiré sur le côté droit, son volume est plus gros qu'à l'état normal. Le corps de l'utérus est occupé par la tumeur que nous avons sentie par la palpation. Les mouvements imprimés au col de l'utérus se transmettent à la tumeur et réciproquement.

Le cul-de-sac postérieur est occupé, en grande partie, par la tumeur; le cul-de-sac antérieur paraît libre.

Les culs-de-sac latéraux sont légèrement bombés, et non douloureux.

Le cathétérisme de l'utérus montre une cavité utérine de 10 centimètres.

Le diagnostic de corps fibreux de l'utérus est posé.

Opération. Hystérectomie abdominale totale.

M. Périer pratique l'opération le 21 octobre 1896.

Après avoir pris tous les soins d'asepsie nécessaires, la malade est mise dans la position inclinée de Trendelenburg.

Incision médiane, allant du pubis à deux ou trois travers de doigt de l'ombilic. La paroi abdominale étant incisée, on arrive sur le fibrome. — On cherche alors à attirer le fibrome en dehors du ventre, mais on s'aperçoit qu'il présente des adhérences avec l'épiploon et avec une anse de l'intestin grêle. — Les adhérences sont facilement détachées et la tumeur est sortie au dehors.

On applique une ligature, de chaque côté de la tumeur, sur la

partie supérieure des ligaments larges ; les ligatures sont placées en dehors des annexes. Les ligaments larges sont sectionnés, les annexes enlevées après avoir placé deux pinces sur leur pédicule, du côté de l'utérus.

On constitue un grand lambeau péritonéal antérieur, et, avec les doigts, on décolle très facilement la vessie jusqu'au dôme vaginal.

Sur le mandrin, qu'un aide introduit dans le vagin, on incise verticalement le cul-de-sac vaginal antérieur.

L'utérus étant fortement attiré en haut, avec les ciseaux on désinsère le vagin, en coupant le plus près possible du col. Au fur et à mesure que le vagin est séparé, on applique des pinces de Kocher sur les vaisseaux qui donnent, au niveau de la tranche vaginale. Deux pinces de Kocher sont de même appliquées sur les artères utérines, au moment de leur section.

Le vagin une fois désinséré, l'utérus est enlevé, en totalité. par l'abdomen.

Des ligatures à la soie remplacent les pinces de la tranche vaginale et les deux pinces des artères utérines.

Deux surjets, toujours à la soie, ferment les ligaments larges, de chaque côté, et rétrécissent légèrement l'orifice vaginal. Pourtant un orifice assez large est gardé, à travers lequel on passe, de haut en bas, un drain entouré de gaze iodoformée. Le drain est coupé au ras du niveau de l'abdomen et il arrive jusqu'à l'orifice externe du vagin.

La paroi abdominale est fermée avec une suture à trois étages : deux sutures péritonéale et musculaire à l'aide de deux surjets à la soie, et une suture cutanée, aux crins de Florence.

Pansement occlusif de la plaie abdominale, formé d'ouate hydrophile collée avec de l'adhésol.

De la gaze iodoformée est appliquée autour du drain, dans le vagin, et, à l'extérieur, au niveau de la vulve.

Une sonde de Petzer est laissée à demeure dans la vessie.

Suites — La malade ne présente aucune complication après l'opération. La température reste normale .

Le drain est enlevé le troisième jour.

Les crins sont enlevés le huitième jour ; la réunion de la plaie abdominale est parfaite.

La malade sort guérie le 22 novembre, un mois après son opération.

Elle est revue le 21 novembre 1897, 13 mois après son opération. Son état général est très bon. — La paroi abdominale est très résistante.

Observation II. — *Fibrome utérin adhérent. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — Amélie H., âgée de 30 ans, entre, le 26 octobre 1896, salle Denonvilliers, lit n° 2, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Périer.

Antécédents personnels. La malade a été réglée à 13 ans ; les règles ont toujours été irrégulières et d'une durée de 6 à 8 jours ; dans ce dernier temps les règles duraient de 8 à 10 jours, avec des pertes en blanc abondantes dans l'intervalle des règles.

Pas d'enfants et pas de fausses couches.

Depuis deux ans, la malade remarque que son ventre a augmenté de volume. Des douleurs sont apparues à partir de cette époque ; douleurs qui ont augmenté de plus en plus et ont forcé la malade à garder le lit. En même temps que les douleurs, la malade a commencé à présenter des troubles du côté de la vessie. Elle est obligée d'uriner à chaque instant, quand elle est debout.

La malade a toujours été légèrement constipée.

Etat actuel. En l'examinant, on trouve le ventre légèrement proéminent en avant, surtout quand la malade est debout. Son état général est assez bon, sauf une légère pâleur des téguments, en rapport avec les pertes.

A la palpation on trouve une tumeur dure, indolente, mobile et qui arrive jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic ; la tumeur est bosselée par places, elle paraît être unique.

A la percussion on trouve de la sonorité dans les flancs et

en haut, et de la matité au niveau de la tumeur; la matité présente une ligne à convexité supérieure et montre assez bien la limite supérieure de la tumeur.

Le toucher vaginal indique un col utérin; dur, situé en haut et en arrière, il est volumineux et présente un très petit orifice.

Le corps de l'utérus se trouve en avant; il ne peut pas être séparé de la tumeur sentie à travers l'abdomen ; les mouvements imprimés au col se transmettent à la tumeur et réciproquement.

Le cul-de-sac antérieur est rempli par la tumeur, le cul-de-sac postérieur paraît libre, il en est de même des culs-de-sac latéraux.

En introduisant un hystéromètre dans l'utérus, on trouve une cavité utérine qui dépasse 9 centimètres. On fait le diagnostic de fibrome utérin.

Opération. Hystérectomie abdominale totale, le 31 octobre 1896, par M. Périer.

Après l'incision dela paroi abdomidale, on tombe sur un fibrome adhérent à l'épiploon. Ce dernier organe couvre la tumeur sur sa face antérieure, de telle sorte que, tout d'abord, on aperçoit l'épiploon et seulement une fois celui-ci détaché le fibrome apparaît.

Les adhérences épiploïques sont facilement détachées.

Au moment de faire basculer la tumeur au dehors, on trouve deux autres adhérences avec l'intestin grêle. En tirant doucement sur l'intestin les adhérences sont rompues.

Du côté de l'ovaire gauche on trouve, de même, des adhérences qui sont facilement détachées.

On applique deux ligatures, en dehors des annexes, sur les ligaments larges et deux pinces sur les pédicules des annexes ; les ligaments larges sont sectionnés et les annexes enlevées.

Après avoir détaché facilement le péritoine de la face antérieure de l'utérus, on perfore le cul-de-sac vaginal antérieur sur le mandrin introduit par le vagin.

Le vagin est désinséré comme à l'ordinaire et les deux artères utérines sont pincées.

L'utérus est alors enlevé, en bloc, par l'abdomen, son volume ne dépasse pas une tête de fœtus.

Les pinces sont remplacées par des ligatures à la soie ; les ligaments larges sont suturés séparément et l'orifice supérieur du vagin est légèrement rétréci. Un drain entouré de gaze iodoformée assure le drainage vaginal.

Suture à trois étages de la paroi abdominale. Pansement à l'ouate hydrophile collée avec de l'adhésol. — Sonde de Petzer dans la vessie. — Pansement de la vulve et du vagin.

Suites. — Aucune complication post-opératoire. — Légère ascension thermométrique le troisième jour de l'opération ; la malade a 38° ; même température le soir du quatrième jour ; à partir de cette époque, la température est normale.

Le drain est enlevé 48 heures après l'opération.

Les crins sont enlevés le huitième jour, la réunion est parfaite.

La malade sort guérie le 17 novembre 1896.

La malade est revue le 17 novembre 1897, un an après son opération. Son état est parfait ; la cicatrice abdominale est très résistante. — La malade n'a aucun trouble. On a été obligé, pourtant, de lui enlever un fil de soie éliminé par le vagin, il y a deux mois. — Depuis, la malade n'a plus eu aucune complication.

Observation III. — *Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — Jeanne L..., âgée de 52 ans, cuisinière, entre le 20 octobre 1896, lit n° 20, salle Denonvilliers, dans le service de M. Périer, à l'hopital Lariboisière.

Antécédents personnels. Réglée à 14 ans ; règles normales jusqu'à l'âge de 40-42 ans, d'une durée de 3 à 4 jours. — A partir de cette époque les règles deviennent de plus en plus abondantes; d'abord elles durent cinq à six jours, ensuite

huit, dix jours et même davantage ; et depuis un an, à plusieurs reprises, la malade a eu des pertes rouges, dans l'intervalle des règles qui durent actuellement dix, douze jours et plus.

Cinq grossesses normales et une fausse couche; la dernière grossesse à 39 ans ; la fausse couche à 42 ans.

La malade, après sa fausse couche, a présenté, à des époques différentes, des douleurs dans le ventre, mais ces douleurs n'ont jamais été bien prononcées; elle n'a pas été obligée de garder le lit.

Depuis quelques années elle est légèrement constipée, et présente de la pollakiurie, quand elle reste debout.

Etat actuel. L'aspect du ventre ne présente rien de caractéristique, sauf qu'il paraît légèrement saillant, mais cette saillie est très peu prononcée.

La malade est fortement anémiée.

A la palpation on trouve une tumeur médiane, dure, indolente, unique, qui remonte à trois ou quatre travers de doigt de l'ombilic. — Elle est mobile dans tous les sens.

A la percussion on a de la sonorité partout et une très légère submatité, en bas, vers le pubis.

Par le toucher on sent un col dur, volumineux, déchiré sur les côtés, entr'ouvert, légèrement remonté. — Le corps de l'utérus est confondu avec la tumeur ; les mouvements qu'on imprime à la tumeur se transmettent au col.

Les culs-de-sacs sont difficiles à explorer, ils sont légèrement bombés.

Le cathétérisme de la cavité utérine donne 11 centimètres. On pose le diagnostic de fibrome unique de l'utérus.

Opération. M. Périer pratique l'hystérectomie abdominale totale le 9 novembre. Après avoir incisé la paroi abdominale, on trouve un fibrome libre de toute adhérence. Il est facilement sorti en dehors du ventre. Les ligaments larges sont liés et sectionnés, suivant la pratique courante.

Le péritoine de la face antérieure de l'utérus est détaché et la vessie se décolle facilement.

Le cul-de-sac vaginal antérieur est ouvert sur le mandrin introduit par le vagin ; et ce dernier organe est désinséré tout autour du col.

Les artères utérines sont pincées avec des pinces de Kocher.

L'utérus est alors enlevé, en totalité, par l'abdomen, il a le volume d'une tête d'enfant.

Les sutures sont pratiquées comme à l'ordinaire, et un bon drain assure le drainage vaginal.

Aucune difficulté pendant l'opération.

Suture à trois étages de la paroi abdominale ; pansement vaginal et vulvaire.

Suites. Les suites opératoires sont excellentes. Aucune complication.

Le drain est enlevé le troisième jour.

Les crins sont coupés le neuvième jour.

La malade sort guérie le 24 décembre 1896.

Observation IV. — *Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale totale. Septicémie. Mort.* — Céline B., âgée de 31 ans, domestique, entre, le 26 octobre 1896, à l'hôpital Lariboisière, salle Denonvilliers, lit n° 18, dans le service de M. Périer.

Antécédents personnels. Réglée à 12 ans ; les règles ont été toujours irrégulières, d'une durée de cinq à six jours, et devançant, tous les mois, de quelques jours, leur époque habituelle. Pertes en blanc, dans l'intervalle des règles. Pas de grossesses normales ; deux fausses couches, une à 25, l'autre à 28 ans.

La malade raconte qu'elle s'est aperçue que son ventre augmente de volume depuis 2 ans. — A plusieurs reprises elle a eu des douleurs dans le ventre, douleurs qui l'ont obligée à garder le lit.

Elle a toujours été légèrement constipée. — Pas de troubles du côté de la vessie.

Etat actuel. Quand la malade est debout, et qu'on regarde son abdomen à jour frisant, on observe qu'il fait une légère saillie.

A la palpation on sent une tumeur dure, bosselée, indolente, mobile, et qui arrive à moitié chemin entre l'ombilic et le pubis.

La percussion n'indique rien de caractéristique.

Par le toucher vaginal on sent un col utérin dur, conique, situé en avant et en haut. Le corps de l'utérus est situé en arrière et ne peut pas être séparé de la tumeur. Les mouvements de la tumeur se transmettant au col.

Le cul-de-sac antérieur est libre ; le cul-de-sac postérieur est occupé par la tumeur ; les culs-de-sac latéraux sont légèrement bombés.

Le cathétérisme de l'utérus donne dix centimètres.

On fait le diagnostic de fibrome de l'utérus.

Opération. Quinze jours avant son opération la malade est curettée, mais l'état de la malade ne s'améliorant pas, les douleurs étant aussi fortes qu'auparavant, on se décide à faire l'hystérectomie abdominale totale.

M. Périer pratique cette opération le 2 décembre 1896.

L'incision de la paroi abdominale étant faite ; l'utérus, avec la tumeur, libre de toute adhérence, est attirée, en dehors du ventre.

La partie supérieure des ligaments larges est liée et sectionnée. On constitue facilement le lambeau péritonéal antérieur et on décolle la vessie.

Le cul-de-sac vaginal antérieur est ouvert sur le mandrin introduit par le vagin.

Au moment de la désinsertion du vagin et de l'extirpation de l'utérus, un liquide purulent s'écoule de la cavité utérine et salit, en partie, le péritoine du petit bassin. Ce liquide est rapidement enlevé et l'opération se termine très facilement.

Les sutures sur les feuillets des ligaments larges sont pratiquées comme à l'ordinaire, et un bon drainage vaginal est établi.

La paroi abdominale est suturée avec une suture à trois étages, et un pansement avec de l'ouate collée à l'adhésol, couvre la plaie abdominale.

L'examen de l'utérus montre une cavité utérine infectée. En continuant la section de la cavité en haut, on s'aperçoit que le curetage, après avoir enlevé toute la muqueuse, avait atteint le fibrome lui-même ; à cet endroit se trouvait une cavité du volume d'une petite mandarine remplie de pus.

Le volume de l'utérus ne dépasse pas une tête de fœtus.

Suites. Le premier jour la malade va très bien. Le deuxième jour la fièvre apparaît, la température monte à 39° le soir du second jour ; le pouls est fréquent, 120, et irrégulier.

Le troisième, jour la température monte davantage, elle atteint 40° le soir du troisième jour, le pouls rapide, 135 pulsations, est irrégulier, intermittent. La malade vomit continuellement. Le ventre est très douloureux. Tous les symptômes de septicémie apparaissent.

Morte dans la nuit du troisième jour, c'est-à-dire le 4 décembre.

Il nous a été impossible de pratiquer l'autopsie.

Observation V. — *Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* Emilie H., âgée de 30 ans, domestique, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Denonvilliers, lit n° 6, dans le service de M. Périer, le 14 Janvier 1897.

Antécédents personnels. Réglée à 11 ans. Règles toujours régulières, d'une durée moyenne de deux à trois jours. — Pas de pertes rouges dans l'intervalle des règles, mais beaucoup de pertes blanches.

La malade n'a pas eu d'enfant, ni fait de fausses couches.

Elle présente des douleurs abdominales du côté gauche, sans cependant s'être aperçue qu'elle avait une tumeur.

Rien du côté de la vessie, mictions regulières. Constipation habituelle ; la malade restait cinq à six jours sans aller à la selle et elle était obligée de prendre un purgatif, ou un lavement.

A plusieurs reprises la malade a eu des crises de colique néphrétique, qui ont disparu pourtant depuis deux ans.

Etat actuel. A l'inspection, l'abdomen est légèment augmenté de volume ; l'augmentation siège surtout à la partie inférieure et devient plus appréciable lorsque la malade se met debout.

A la palpation, on sent une tumeur qui occupe la partie inférieure de la cavité abdominale et qui paraît située vers la partie postérieure de la cavité pelvienne. Cette tumeur est mobile, régulière, d'une consistance ferme, indolente.

A la percussion, il y a de la sonorité dans toute la cavité abdominale, sauf à la partie tout inférieure, où il y a une légère submatité, présentant une ligne convexe en haut. Pas d'ascite.

Par le toucher vaginal on trouve le col de l'utérus légèrement remonté, situé en avant ; il est dur, conique et fermé.

Le cul-de-sac antérieur est libre ; dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur dure, rénitente, régulière, qui occupe tout ce cul-de-sac et qui se prolonge dans les culs-de-sac latéraux. Cette tumeur est indolente, et paraît faire corps avec le col car les mouvements qu'on lui imprime se transmettent à ce dernier et inversement.

Par le toucher vaginal combiné à la palpation on sent tout le petit bassin occupé par une tumeur volumineuse qui tombe dans le cul-de-sac postérieur. La tumeur est régulière, mobile, unique ; elle se continue avec le corps de l'utérus et ne s'en laisse pas séparer.

Le cathétérisme utérin, montre une cavité allongée, qui mesure 13 centimètres et qui est dirigée en arrière.

On pose le diagnostic de fibrome de l'utérus, fibrome unique, situé surtout sur la paroi postérieure de cet organe.

Opération. Hystérectomie abdominale totale pratiquée par M. Périer, le 3 février 1897. Incision allant du pubis à quatre ou cinq centimètres de l'ombilic.

Le fibrome est libre de toute adhérence, il est facilement sorti en dehors du ventre.

On place des ligatures sur la partie supérieure des ligaments larges et on sectionne ceux-ci.

La formation du lambeau péritonéal antérieur et le décollement de la vessie se font sans aucune difficulté. Le cul-de-sac antérieur est ouvert sur le mandrin introduit par le vagin, et celui-ci est désinséré suivant le procédé habituel. Les artères utérines sont pincées.

Des sutures remplacent les pinces; après avoir suturé chaque ligament large à part et après avoir rétréci légèrement l'orifice vaginal supérieur, on applique un drainage par le vagin, comme d'habitude.

La plaie abdominale est fermée par trois plans de suture et elle est recouverte par de l'ouate stérilisée collée avec de l'adhésol.

L'examen de l'utérus et du fibrome, montrent que celui-ci est situé sur la face postérieure de l'utérus.

La tumeur a le volume d'une tête de fœtus.

Suites. Les suites sont très bonnes; la malade ne présente aucune complication. La température reste normale.

Le drain est enlevé le troisième jour.

Les fils de la paroi abdominale sont coupés le dixième jour ; la plaie est guérie. — La malade sort guérie le 18 mars.

Elle est revue le 10 novembre 1897, dix mois après son opération. Son état général est très bon. Du côté de la paroi abdominale il y a, dans l'angle inférieur de la cicatrice, une fistule qui suinte ; cette fistule, d'après la malade, daterait du mois d'avril. — Par cette fistule on retire le fil de soie de la paroi et la fistule se ferme.

Observation VI. — *Fibrome utérin adhérent. Hystérectomie abdominale totale. Guérison*. Virginie C..., âgée de 34 ans, pâtissière, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Denonvilliers, lit n° 35, dans le service de M. Périer, le 11 février 1897.

Antécédents personnels. Réglée à 12 ans. Les règles ont toujours été régulières jusqu'à il y a deux ans, elles duraient deux

à trois jours. C'est seulement depuis deux ans que les règles sont devenues plus abondantes, d'une durée de quatre à cinq jours; par moments la malade perd des caillots. — Tous les mois, les règles avancent d'une dizaine de jours.

La malade perd beaucoup en blanc, dans l'intervalle des règles.

Un enfant il y a 13 ans. Pas de fausses couches.

La malade présente des douleurs vagues dans le ventre et dans la région lombaire. — Elle se fatigue très facilement et son travail devient très pénible. — Pollakiurie, surtout quand la malade est debout. Constipation prononcée ; elle est obligée de prendre des purgatifs.

Etat actuel. L'abdomen est proéminent; l'augmentation de volume est très prononcée sur la ligne médiane et au-dessous de l'ombilic ; elle paraît régulière. A la palpation, on sent une tumeur volumineuse, bosselée, dure, mobile qui occupe la moitié inférieure de la cavité abdominale.

A la percussion, il y a une matité absolue au niveau de la tumeur, surtout quand la malade est debout. La matité présente une convexité supérieure. Le toucher vaginal montre un col volumineux, légèrement entr'ouvert, dur, situé très en arrière et difficile à atteindre.

Par le toucher, combiné à la palpation, on délimite très bien la tumeur abdominale; on sent qu'elle fait corps avec l'utérus, qu'elle présente plusieurs bosselures assez marquées et que les mouvements qu'on lui imprime se transmèttent au col et inversement. Les culs-de-sac vaginaux sont remplis, en grande partie, par la tumeur utérine.

Au cathétérisme, on trouve une cavité utérine très allongée, ayant 15 centimètres, dirigée du côté droit.

Le toucher rectal n'indique aucune donnée nouvelle.

Le diagnostic est donc facile, il s'agit d'un gros fibrome utérin, unique et bosselé.

Opération. Hystérectomie abdominale totale, par M. Périer, le 16 février 1897. — Incision très grande de la paroi abdo-

minale. On tombe facilement sur le fibrome qui adhère à l'épiploon; ce dernier organe est détaché, et le fibrome tiré en dehors du ventre.

Les annexes sont enlevées, après avoir placé deux ligatures, en dehors d'elles, sur les vaisseaux utéro-ovariens, et après avoir pincé leur pédicule du côté de l'utérus. Le péritoine de la face antérieure de l'utérus est décollé, comme à l'ordinaire et la vessie, refoulée vers le pubis.

L'ouverture du cul-de-sac vaginal antérieur se fait aisément, sur le mandrin introduit par le vagin, et ce dernier organe est désinséré. Les artères utérines sont pincées.

L'opération se passe, en somme, dans les meilleures conditions possibles, sans perte de sang et méthodiquement.

L'utérus et la tumeur une fois enlevés, on remplace les pinces par des ligatures à la soie, et on rétrécit légèrement l'orifice supérieur du vagin.

Un bon drainage vaginal est appliqué ; la paroi abdominale est suturée sur trois plans. Pansement à l'adhésol. Le volume de la tumeur dépasse une tête d'adulte.

Suites. Les suites sont excellentes, sauf que, vers le sixième jour, la malade fait un peu de fièvre, 38°. Cette température persiste le soir des jours suivants. Mais l'état général est très bon.

Le huitième jour, en enlevant les fils, on trouve un petit abcès superficiel, en bas de la plaie abdominale. Les crins sont coupés, et la partie suppurée est nettoyée.

Le douzième jour, la malade élimine par la plaie abdominale, le fil de soie qui a servi pour le surjet.

Aucune autre complication les jours suivants. La malade sort guérie le 15 mars. La malade est revue le 5 novembre, neuf mois après son opération. Son état général ne laisse rien à désirer. Elle présente seulement, du côté de la paroi abdominale, une légère éventration.

Observation VI. — *Fibrome utérin adhérent. Salpingo-ovarite gauche. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — José-

phine M., âgée de 40 ans, ménagère, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Denonvilliers, lit n° 7, le 26 janvier 1897, dans le service de M. Périer.

Antécédents personnels. Réglée à 11 ans. Depuis deux ou trois ans la malade a observé que ses règles, qui étaient avant normales, sont devenues très abondantes, elles durent six à huit jours, et souvent elles reviennent deux fois par mois. La malade présente depuis une dizaine d'années des pertes blanches.

Deux enfants ; pas de fausses couches.

Depuis quelque temps elle a remarqué que son ventre augmentait de volume, en même temps qu'il devenait douloureux, surtout du côté gauche. Ces douleurs l'obligent souvent à garder le lit.

Pas de constipation, sauf deux ou trois jours avant les règles. Du côté de la vessie, la malade se plaint d'avoir quelquefois des mictions très fréquentes, d'autres fois de la rétention d'urine.

État actuel. La malade est pâle, anémiée ; son ventre est sensiblement augmenté de volume, surtout dans la portion sous-ombilicale.

A la palpation, on trouve une tumeur volumineuse, dure, régulière, qui se déplace facilement et qui se prolonge dans la cavité pelvienne.

A la percussion, matité absolue au niveau de la tumeur, quand la malade est debout. Pas d'ascite.

Par le toucher vaginal, on sent le col entr'ouvert, irrégulier, dur, situé en arrière et difficile à atteindre. Les culs-de-sac sont profonds ; dans le cul-de-sac antérieur, on sent la tumeur très saillante à ce niveau.

La tumeur n'est pas séparée du corps de l'utérus, les mouvements qu'on lui imprime se transmettent au col et réciproquement.

La cavité utérine a 13 centimètres de longueur.

Diagnostic : Fibrome utérin unique, situé au niveau du corps de l'utérus.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Périer, 20 février 1897.

Incision de la paroi abdominale, du pubis à trois travers de doigt de l'ombilic. On détache deux ou trois adhérences légères que la tumeur a contractées avec l'épiploon ; du côté gauche, on détache une autre adhérence lâche avec l'intestin grêle.

En explorant les annexes, on trouve celles du côté gauche malades ; l'ovaire de ce côté est kystique et la trompe augmentée de volume. Ces annexes sont très adhérentes aux parties voisines. On détache doucement ces adhérences et on luxe le fibrome en dehors du ventre.

Les annexes sont enlevées et les ligaments larges sectionnés, comme d'habitude, après avoir placé les ligatures et les pinces.

La vessie est facilement décollée en avant et le cul-de-sac vaginal antérieur perforé.

Enfin on termine l'opération par l'extirpation du fibrome, après avoir désinséré le vagin et pincé les utérines.

Le drainage vaginal est pratiqué comme à l'ordinaire et la paroi abdominale suturée. Un pansement à l'adhésol couvre la plaie abdominale.

Le fibrome a le volume d'une grosse tête de fœtus.

Suites. La malade va très bien les jours suivants. Le drain est enlevé le troisième jour ; les fils sont coupés le neuvième jour.

Le onzième jour, la malade présente un peu de fièvre et, en regardant du côté de la plaie abdominale, on trouve un petit abcès de la paroi, abcès superficiel.

Les jours suivants, le fil de soie du surjet abdominal est enlevé par morceaux. Aucune autre complication ; la malade sort guérie le 20 avril.

Revue le 28 novembre, neuf mois après son opération. La malade se porte très bien. La cicatrice abdominale est très résistante.

Observation VIII. — *Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — Adolphine S., âgée de 42 ans, coutu-

rière, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Denonvilliers, lit n° 39, le 1er mars 1897, dans le service de M. Périer.

Antécédents personnels. Réglée à 13 ans. Les règles ont été presque toujours régulières jusqu'à 38 ans ; à partir de cette époque les règles sont devenues très abondantes. Il n'y avait presque aucun intervalle entre les pertes.

Il y a un an elle consulta M. Périer, qui fit le diagnostic de fibrome utérin et qui reconnut un polype intra-utérin gros comme le poing. Ce polype fut extirpé le 26 novembre 1895, après avoir fendu la paroi antérieure de l'utérus.

Depuis l'extirpation du polype, les règles ont continué avec la même abondance ; elles n'étaient séparées que par un intervalle de cinq à six jours, pendant lesquels il n'y avait pas de pertes.

Un enfant, il y a 21 ans. Pas de fausses couches.

Pas de constipation. Mictions très fréquentes, autant la journée que la nuit.

Coliques hépatiques à plusieurs reprises. Pas de maladies générales.

État actuel. Anémie extrême ; la malade est obligée de garder constamment le lit ; elle perd à chaque instant des caillots.

Le ventre est augmenté de volume, surtout en bas. A la palpation on sent une tumeur dure, bosselée, irrégulière, très mobile, qui se prolonge dans le petit bassin.

A la percussion, matité au niveau de la tumeur. Pas d'ascite. Par le toucher vaginal, on sent le col dur, légèrement entr'ouvert, difficile à atteindre, les culs-de-sac sont remplis par la tumeur.

La tumeur fait corps avec l'utérus, elle a tendance à se porter en avant.

Le catéthérisme donne 14 centimètres.

Diagnostic : Fibrome utérin occupant surtout la paroi antérieure de l'utérus.

Opération. Hystérectomie abdominale totale, le 6 mars 1897,

par M. Périer. Après avoir incisé la paroi abdominale, on tombe sur le fibrome libre de toute adhérence ; seules les annexes sont légèrement adhérentes, pourtant elles sont détachées assez facilement.

Extirpation des annexes et section des ligaments larges, après avoir placé les ligatures. Décollement de la vessie, ouverture du cul-de-sac antérieur et extirpation de la tumeur, comme à l'ordinaire et sans difficulté.

L'hémostase est assurée par des ligatures à la soie. Un bon drainage vaginal est établi.

Suture de la paroi abdominale. Pansement à l'adhésol.

Le fibrome avait le volume d'une tête d'enfant.

Suites. Les suites opératoires sont excellentes. Le drain est enlevé 48 heures après ; les crins sont coupés le neuvième jour. Réunion parfaite.

La malade sort guérie, le 27 avril.

Observation IX. — *Fibrome utérin adhérent. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — Marie M...., agée de 50 ans, entre à la maison de santé de la rue Bizet, le 10 avril 1897.

Antécédents personnels. La malade présente des pertes rouges très abondantes, qui durent 10 à 12 jours. Elle a des douleurs dans le ventre depuis quelques années ; ces douleurs sont devenues très prononcées depuis quelques temps.

État actuel. Ventre très gros. La tumeur dépasse l'ombilic. Au toucher, le col est très remonté. La tumeur ne peut pas être séparée de l'utérus.

Opération. Hystérectomie abdominale, totale le 20 avril, par M. Périer et M. le professeur Berger.

Incision très longue de la paroi abdominale, on dépasse de quelques centimètres l'ombilic. On arrive sur une tumeur fibreuse bosselée, adhérente de tous côtés. L'épiploon lui adhère sur sa face antérieure ; il est facilement détaché, après en avoir resséqué une bonne partie. La tumeuradhère en arrière

à l'intestin grêle ; ces adhérences sont détachées par simple traction. On peut alors attirer la tumeur à l'extérieur.

Les autres temps de l'opération ne présentent rien de spécial.

Le péritoine de la face antérieure de l'utérus et la vessie sont facilement décollés. On ouvre le cul-de-sac vaginal antérieur sur un mandrin. Le vagin est alors désinséré aux ciseaux, tout autour du col, et les utérines sont pincées. Les ligatures à la soie remplacent les pinces. Les feuillets des ligaments larges sont suturés à l'aide d'un surjet et l'orifice vaginal est rétréci. Un drain entouré de gaze stérilisée assure le drainage vaginal. La plaie abdominale est fermée sur trois plans. Un surjet à la soie pour le péritoine. Un deuxième surjet semblable pour les muscles. Des crins pour la peau.

Le poids de la tumeur est de 2 kilogs.

Suites. Aucune complication ultérieure. Le drain est enlevé le 3e jour. Les fils sont coupés le 10e jour.

La malade sort, guérie, le 22 mai.

Observation X. — *Fibrome utérin adhérent. Salpingo-ovarite gauche. Hystérectomie abdominale totale. Septicémie. Mort.* — Marie V., âgée de 27 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Denonviliers, lit n° 4, le 24 mai 1897, dans le service de M. Périer.

Antécédents personnels. Réglée à 12 ans. Les règles ont été toujours irrégulières, mais elles duraient 3 à 4 jours. Depuis deux ans les règles sont devenues très abondantes, d'une durée de 6 à 8 jours. Pertes en blanc dans l'intervalle des règles.

Pas d'enfants, deux fausses couches à 23 et 25 ans.

Depuis ses fausses couches, la malade a toujours souffert du ventre, surtout du côté gauche.

Pas de troubles du coté de la vessie. Constipation habituelle ; la malade reste 5-6 jours sans aller à la selle et elle est obligée de prendre un purgatif.

État Actuel. La malade est anémiée et elle est forcée de

garder continuellement le lit, à cause des douleurs du ventre.

A la palpation, on trouve une tumeur médiane qui dépasse le pubis de 4-5 travers de doigt ; cette tumeur est dure, irrégulière, légèrement douloureuse, très peu mobile. Sur le côté gauche, la palpation est douloureuse.

Au toucher vaginal, on trouve un col volumineux, dur et conique. Le corps de l'utérus est en haut et en arrière, il est augmenté de volume, mais on ne peut pas séparer une tumeur de la masse utérine; la tumeur sentie par la palpation n'est autre chose que l'utérus hypertrophié. Le cul-de-sac antérieur est libre ; le cul-de-sac latéral gauche est douloureux, mais assez profond ; le cul-de-sac droit est libre ; le cul-de-sac postérieur est occupé, en grande partie, par la tumeur.

La cavité utérine a 11 centimètres de longueur.

On fait le diagnostic de fibrome interstitiel de l'utérus, avec légère annexite gauche.

Opération. Hystérectomie abdominale totale, le 2 juin 1897, par M. Périer.

La paroi abdominale incisée, on trouve l'utérus adhérent du côté gauche. L'épiploon qui adhère à ce niveau est détaché, après qu'on a mis sur lui plusieurs ligatures.

Une anse de l'intestin grêle qui adhère, est de même facilement détachée.

Les annexes gauches sont malades, augmentées de volume et complètement adhérentes, pourtant on arrive à les détacher très méthodiquement, sans que la trompe ou l'ovaire soit déchiré. Les annexes sont extirpées et les ligaments larges sectionnés. Le reste de l'opération se fait comme à l'ordinaire ; le péritoine antérieur est décollé et la vessie refoulée en avant.

Après avoir perforé le cul-de-sac antérieur, on enlève la tumeur, le vagin étant désinséré et les utérines pincées.

Des ligatures remplacent les pinces et un bon drainage vaginal est assuré.

La paroi abdominale est suturée, et un pansement à l'adhésol couvre la plaie.

L'examen de la pièce montre un fibrome du volume d'une petite tête de fœtus.

Les annexes gauches sont irrégulières, mais moins malades qu'on l'aurait cru, le trompe est bosselée et augmentée de volume, mais on ne trouve pas de pus dans sa cavité, l'ovaire est scléro-kystique.

Suites. Le premier jour la malade va bien. Le soir du deuxième elle a 38° 5 de température, et pendant toute la journée elle a des vomissements ; le ventre est très douloureux.

Le 3e jour les vomissements continuent. Le pouls est rapide, 130, irrégulier et petit, il devient de plus en plus filiforme. Le ventre est très douloureux. La température est de 39° 5, le soir du troisième jour.

La malade présente tous les symptômes de la septicémie.

Dans la nuit elle meurt.

Autopsie. L'autopsie n'a été faite que du côté du ventre ; les autres organes n'ont pas pu être examinés.

On trouve les anses intestinales distendues par des gaz. La partie supérieure de la cavité abdominale ne présente rien d'anormal, sauf une teinte rougeâtre du péritoine.

Dans la cavité pelvienne, on trouve de la péritonite, des fausses membranes sur les anses intestinales et sur le péritoine pariétal. Dans le fond du bassin il y a un peu de liquide louche, dont la quantité ne dépasse pas un petit verre. L'orifice du drain est placé en avant du plancher pelvien et, derrière lui, il s'est formé une petite dépression qui contient le liquide.

Les pédicules des vaisseaux ne présentent rien.

Il est probable que l'infection est venue du vagin, qui, à cause de son étroitesse, a été très difficilement aseptisé ; du reste l'examen du vagin montre que ses parois sont enflammées et on trouve dans sa partie supérieure quelques caillots de sang et un peu de liquide.

Observation XI. — *Fibrome utérin. Ovaire kystique gauche. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — Marie G..., 63 ans, entre dans le service de M. Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, le 4 décembre 1894, salle Elisa Roy, lit n° 10.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans. Les règles sont devenues abondantes depuis deux, trois ans ; elles durent actuellement dix, douze jours.

Pas d'enfants. Pas de fausses couches.

Douleurs assez prononcées depuis deux, trois ans ; surtout au moment des règles.

Mictions fréquentes. Constipation.

État actuel. — A la palpation, on sent une tumeur irrégulière, bosselée, qui dépasse l'ombilic et qui soulève fortement la paroi abdominale.

Au toucher vaginal, le col est placé en haut et en arrière. Le cul-de-sac antérieur est rempli par la tumeur.

Opération. — Hystérectomie abdominale totale par M. Peyrot, le 15 décembre 1894.

L'incision de la paroi abdominale dépasse l'ombilic de deux travers de doigts.

La tumeur est facilement attirée au dehors. On fait l'hémostase de la partie supérieure des ligaments larges. Le péritoine est incisé tout autour de la tumeur et la vessie est décollée.

Après avoir ouvert le cul-de-sac antérieur, on désinsère le vagin et on place des pinces sur les utérines.

Les pinces sont remplacées par des ligatures. Le vagin est fermé par des points séparés au catgut. De même, on place un surjet sur la collerette péritonéale. Suture ordinaire de la paroi.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un fibrome développé à l'union du col avec le corps de l'utérus. L'ovaire droit présente une petite poche kystique, qui a été crevée au cours de l'opération.

Le poids de la tumeur est de 3.030 grammes.

Suites. — Aucune complication après l'opération. La malade sort guérie le 20 janvier 1895.

Observation XII. — *Fibromes utérins multiples. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — Angélique R..., 40 ans, entre dans le service de M. Peyrot, à l'hopital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit n° 14, le 2 mai 1894.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans. Règles d'une durée de six à huit jours. Douleurs très intenses dans le ventre, surtout au moment des règles.

Pas d'enfant. Pas de fausse couche.

Constipation. Mictions fréquentes.

État actuel. — Tumeur irrégulière qui dépasse l'ombilic et qui est très peu mobile. — Par le toucher, on sent le col entr'ouvert, dur et placé en avant. Les culs-de-sac sont pleins.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Peyrot, le 6 mai 1894.

On cherche à faire l'hystérectomie vaginale, mais il est impossible de faire la moindre manœuvre par le vagin. On passe alors par l'abdomen.

L'incision de la paroi dépasse de un centimètre l'ombilic. On arrive sur une tumeur bosselée. Elle est luxée en dehors du ventre et, comme les manœuvres sont difficiles, on énuclée un premier fibrome gros comme une tête d'enfant. On fait alors l'hémostase des ligaments larges, et on forme une collerette péritonéale. La vessie est décollée. Le cul-de-sac antérieur est ouvert sur une pince vaginale et le vagin est désinséré, après avoir fait l'hémostase des utérines.

Un drain vaginal assure le drainage.

Suture à trois étages de la paroi abdominale.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit de plusieurs tumeurs dont la plus volumineuse fait saillie du côté de la cavité utérine. Le centre de cette dernière tumeur est en voie de sphacèle.

Le poids de la tumeur est de 2.005 grammes.

Suites. Suites opératoires normales ; rien à signaler. La malade sort, guérie, le 4 juin 1894.

Observation XIII. — *Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale totale. Ouverture du cul-de-sac postérieur. Guérison.* Clémence G..., âgée de 44 ans, entre, le 18 décembre 1895, dans le service de M. le Dr Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit n° 25.

Antécédents personnels. Réglée à 14 ans. Règles irrégulières depuis l'âge de 30 ans. Dans ces derniers temps, les règles avaient une durée de 8 à 10 jours. Pertes blanches dans l'intervalle des règles.

La malade se plaint de douleurs qui l'obligent à garder le lit; ces douleurs siègent dans la partie inférieure du ventre.

Rétention d'urine fréquente; on a été obligé souvent de sonder la malade. — Elle a toujours eu de la constipation.

État actuel. Tumeur remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, très dure, indolente et mobile. — Par le toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus très haut placé, il est difficile à atteindre. La tumeur fait corps avec l'utérus. Les culs-de-sac sont occupés par la tumeur, ils sont pourtant assez profonds.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Peyrot, le 23 décembre 1895. Après avoir fait une incision remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, on arrive sur une tumeur unique bosselée, dure, du volume d'une tête d'adulte ; sur cette masse unique, on trouve plusieurs autres petits fibromes du volume d'une noix chacun, qui sont appendus à la tumeur principale.

La tumeur ne présente aucune adhérence. Elle est facilement sortie en dehors du ventre. La partie supérieure des ligaments larges est pincée et sectionnée. On applique alors un lien élastique sur le col de l'utérus et on enlève la tumeur au-dessus.

Un aide introduit un doigt dans le vagin et le cul-de-sac posté-

rieur est ouvert sur ce doigt. Le vagin est alors désinséré tout autour du col, avec des ciseaux qui rasent le tissu utérin et, au fur et à mesure que les vaisseaux donnent, on applique des pinces de Kocher. Les artères utérines sont prises dans deux ligatures en masse, et sectionnées ensuite. On remplace les pinces par des ligatures.

Un drain vaginal est placé, et les feuillets des ligaments larges sont suturés à l'aide d'un surjet de chaque côté.

La plaie abdominale est fermée par trois plans de suture.

Le poids de la tumeur est de 3.300 grammes.

Suites. Les suites opératoires sont excellentes. Aucune complication. Les fils de la paroi sont enlevés le dixième jour.

La malade sort, guérie, le 16 janvier 1896.

Observation XIV. — *Fibrome utérin très adhérent. Pyo-salpinx droit. Hydro-salpinx gauche. Hystérectomie abdominale totale. Morcellement. Mort (Septicémie).* Marie R..., âgée de 47 ans, ménagère, entre, le 17 janvier 1896, dans le service de M. le Dr Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit n° 10.

Antécédents personnels. Réglée à 13 ans. Règles irrégulières depuis quelques années, d'une durée de cinq à six jours. Pertes en blanc très abondantes. Pas d'enfants. Une fausse couche, il y a trois ans.

La malade présente, depuis cette époque, des douleurs dans le ventre, douleurs augmentées au moment des règles. Elle est obligée, souvent, de garder le lit. Constipation habituelle, pollakiurie constante.

État actuel. Ventre douloureux à la palpation. On sent une masse qui arrive jusqu'à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis. La tumeur est irrégulière et absolument immobile.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Guinard, le 20 janvier 1896. Après avoir fait une incision remontant jusqu'à l'ombilic, on arrive sur une masse fibromateuse adhérente de tous côtés. On trouve une adhérence avec l'intestin, qui est détachée. Le fibrome est inclus, à droite et à gauche, dans les

ligaments larges. On est tenté de faire une simple castration; mais on procède, tout de même, à l'hystérectomie. En voulant détacher les annexes du côté droit, on crève une poche salpingienne remplie de pus. A gauche, la trompe a le volume d'une poire, mais ne contient pas de pus, il s'agit d'un hydro-salpinx.

Il est absolument impossible d'attirer l'utérus au dehors; on l'évide alors par morcellement, jusqu'à ce que sa sortie devienne possible. La vessie est alors décollée, une fois que l'utérus a été attiré au dehors.

On perfore le cul-de-sac antérieur sur une pince, introduite par le vagin, et celui-ci est désinséré, tout autour du col. Au cours de l'opération de nombreux clamps ont été appliqués sur les ligaments larges, et des pinces sur les parties saignantes. Les utérines sont, de même, prises dans des clamps.

On remplace les pinces par des ligatures; mais, comme il est impossible de remplacer toutes les pinces, on laisse huit clamps dans le ventre.

Un grand drainage vaginal, avec un gros drain, est appliqué.

Suture de la paroi abdominale dans sa partie supérieure. Les pinces sont entourées de gaze iodoformée.

Suites. Les pinces sont enlevées le troisième jour. La malade présente de la fièvre le deuxième jour de son opération, 38°. Le troisième et le quatrième, la température augmente, 39° et 39°6. Le pouls est très rapide, filiforme. La malade vomit et son ventre se ballonne. Le cinquième jour, la malade meurt avec tous les symptômes de septicémie.

Il nous a été impossible de faire l'autopsie.

Observation XV. — *Fibrome utérin adhérent. Pyo-salpinx droit. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — Elisabeth D..., âgée de 40 ans, entre dans le service de M. le Dr. Peyrot à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit n° 15, le 3 mars 1896.

Antécédents personnels. Réglée à 11 ans. Règles irrégulières depuis quelques années. La malade souffre beaucoup au moment de ses règles ; celles-ci durent six à huit jours.

Pas d'enfants.

Il y a deux ans la malade a eu une fausse couche et une péritonite consécutive. Elle a gardé le lit pendant plusieurs semaines. Depuis plusieurs années la malade présente des pertes en blanc. Elle est très constipée.

État actuel. Ventre légèrement douloureux à la palpation, surtout du côté droit. On sent une tumeur immobile, médiane, qui remonte jusqu'à l'ombilic. — Au toucher vaginal le col est remonté et situé vers le pubis.. Les culs-de-sac sont remplis par la tumeur.

Celle-ci fait corps avec l'utérus, il est impossible de les séparer. La tumeur est complètement immobile.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Peyrot, le 10 mars 1896.

Incision large de la paroi abdominale remontant jusqu'au dessus de l'ombilic. On arrive sur la tumeur qui est adhérente, par sa face antérieure, à l'épiploon. Ces adhérences sont détachées.

On cherche alors à dégager la tumeur et les annnexes, adhérentes de tous les côtés. Au cours de ce dégagement, on crève une poche purulente du côté droit, et dont le pus, d'une odeur infecte s'écoule sur le champ opératoire protégé par des compresses. On arrive pourtant facilement à enlever cette poche droite.

En explorant et en détachant les adhérences, en arrière de la tumeur, on rompt une deuxième poche purulente, qui inonde, comme la première, le champ opératoire. — On change les compresses.

L'utérus, avec la tumeur sont alors attirés au dehors. Le péritoine de la face antérieure est décollé et la vessie refoulée en avant. Le cul-de-sac antérieur est ouvert, sur une pince qu'un aide introduit dans le vagin. Le vagin est désinséré comme à l'ordinaire, tout autour du col, et les artères utérines sont liées en masse avec les tissus voisins.

Les annexes gauches, très peu malades, sont enlevées en

même temps que la tumeur. — La poche postérieure est fortement nettoyée. Un gros drain vaginal assure le drainage. Un Micoulitz abdominal est introduit dans la poche postérieure. Suture abdominale ordinaire.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un utérus fibromateux, bosselé, d'une longueur de 15 centimètres. La poche purulente de droite, était une vaste poche développée dans le ligament large droit, aux dépens des annexes de ce côté.

Suites. Le Micoulitz est enlevé le troisième jour. La malade présente, du troisième au cinquième jour, un peu de fièvre, 38° à 38° 5. — Mais l'état général reste bon.

Le dixième jour les fils sont enlevés.

Le 13 avril, la malade sort, guérie, de l'hôpital.

Observation XVI. *Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — Marie S..., entre, le 22 mai 1896, dans le service de M. le Dr Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit n° 35.

Antécédents personnels. Réglée à 12 ans. La malade accuse, depuis deux, trois ans, des pertes en rouge, qui durent six à huit jours. Elle a aussi des pertes en blanc dans l'intervalle des règles.

Pas d'enfants, pas de fausses couches.

Douleurs légères dans le ventre, très accentuées au moment des règles. — Constipation fréquente.

État actuel. Le ventre est saillant. A la palpation on sent une tumeur qui remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La tumeur est bosselée, dure et mobile. Au toucher vaginal, le col est difficile à atteindre. La tumeur fait corps avec l'utérus.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Peyrot, le 4 juin 1896.

Incision dépassant de plusieurs centimètres l'ombilic. On trouve une tumeur bosselée, développée sur le fond de l'utérus;

en arrière on trouve deux autres fibromes sous-péritonéaux, du volume d'une noix chacun. La tumeur est attirée au dehors facilement. Le péritoine de la face antérieure de l'utérus et la vessie sont décollés. Le cul-de-sac antérieur est perforé sur une pince introduite par le vagin. On désinsère, comme d'habitude, le vagin et on lie les utérines, la partie supérieure des ligaments larges ayant été déjà liée, avant le décollement de la vessie.

Les feuillets des ligaments larges sont suturés.

Une mèche de gaze iodoformée assure le drainage vaginal.

Le poids de la tumeur est de 1820 grammes.

Suites. Les suites opératoires sont excellentes ; la malade sort, guérie, le 3 juillét 1896.

Observation XVII. — *Fibrome utérin. Hystéroctomie abdominale totale. Guérison.* — Euphrasie B., 42 ans, ménagère, entre, le 28 juin 1896, dans le service de M. le Dr Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit 29.

Antécédents personnels. Réglée à 12 ans. Règles irrégulières. Depuis quelques années la malade perd 7 à 8 jours par mois et quelquefois davantage. Pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Un enfant, il y a 15 ans, pas de fausses couches.

Douleurs dans le ventre, surtout depuis quelques mois. Constipation légère.

État actuel. Tumeur remontant jusque près de l'ombilic, irrégulière, très peu mobile, indolente. Par le toucher vaginal on trouve le col utérin en avant, près du pubis. Le cul-de-sac postérieur est rempli par la tumeur.

Le corps de l'utérus est uni avec la tumeur. Celle-ci paraît enclavée dans le petit bassin.

Opération. Hystérectomie abdominale totale, par M. Peyrot, le 30 juin 1896. Incision remontant jusqu'à l'ombilic. On arrive sur une tumeur, grosse comme une tête d'adulte, et qui remplit le petit bassin. La tumeur est régulière. On l'attire facile-

ment au dehors. On détache les ligaments larges et on sépare la vessie, après avoir décollé le péritoine sur la face antérieure de l'utérus.

Le vagin est désinséré comme d'habitude après l'ouverture du cul-de-sac antérieur. Les artères utérines sont liées. Les feuillets des ligaments larges sont suturés, et une mèche de gaze iodoformée assure le drainage vaginal.

L'examen de la pièce montre que le fibrome a pris naissance dans le fond de l'utérus; il est en voie de sphacèle et fait saillie du côté de la cavité utérine.

Son poids est de un kilogramme.

Suites. Aucune complication post-opératoire.

La malade sort, guérie, le 12 juillet 1896. Elle rentre chez elle, ne voulant plus rester à l'hôpital.

Observation XVIII. — *Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — Emilie A., âgée de 36 ans, institutrice, entre, le 29 juin 1896, dans le service de M. le Dr Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit 12.

Antécédents personnels. Réglée à 12 ans. Les règles ont été toujours abondantes, d'une durée de 5 à 6 jours ; depuis deux à trois ans, les règles durent 8 à 10 jours. Pas d'enfants et pas de fausses couches. Pertes en blanc. Douleurs vagues dans l'abdomen, très vives au moment des règles. La malade accuse des troubles constants du côté de la vessie. Elle a de la rétention d'urine assez fréquente, et on est obligé de la sonder. Constipation habituelle.

État actuel. Tumeur remontant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, mobile, indolente et régulière. Par le toucher vaginal, on sent le col remonté et les culs-de-sac pleins, surtout l'antérieur. L'utérus ne peut pas être séparé de la tumeur.

Opération. Hystérectomie abdominale totale, par M. Peyrot, le 7 juillet 1896. Incision dépassant de trois, quatre centimètres l'ombilic. On arrive sur une tumeur, grosse comme une tête d'adulte, qui est régulière et libre de toute adhérence ; on l'at-

tire au dehors. Les ligaments larges sont liés et sectionnés. On décolle le péritoine antérieur et la vessie et on ouvre le cul-de-sac antérieur. Le vagin est désinséré et les utérines sont liées en masse. Au moment de la désinsertion du vagin, on a un suintement veineux abondant, mais qui est arrêté facilement.

La cavité pelvienne est drainée, avec un drain vaginal. Suture ordinaire de la paroi.

L'examen de la pièce montre une tumeur interstitielle de l'utérus, occupant sa paroi antérieure et faisant saillie du côté de la cavité utérine ; elle est presque sous-muqueuse.

Le poids de la tumeur est de 1845 grammes.

Suites. La malade ne présente aucune complication les jours suivants. Les fils sont enlevés le dixième jour.

Elle sort, guérie, le 10 août 1896.

Observation XIX. — *Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — Jeanne R., âgée de 44 ans, couturière, entre, le 30 juin 1896, dans le service de M. le Dr Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit n° 40.

Antécédents personnels. Réglée à 14 ans. Règles toujours irrégulières, d'une durée de cinq à six jours. Depuis quatre à cinq ans, les règles sont devenues très abondantes ; dans les derniers temps, la malade perdait huit à dix jours et davantage. Elle est obligée de garder constamment le lit.

Depuis quelques mois, des douleurs dans le ventre sont apparues, douleurs supportables dans l'intervalle des époques, mais qui deviennent intolérables au moment des règles.

Deux enfants, pas de fausses couches. Légère constipation.

État actuel. A la palpation on trouve une tumeur qui remonte jusqu'à l'ombilic. La tumeur est indolente, médiane, régulière, et mobile. Le toucher vaginal indique que l'utérus fait partie intégrante de la tumeur. Le cul-de-sac postérieur est plus rempli que les autres.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Peyrot, le 24 juillet 1896.

Après avoir incisé la paroi abdominale, on trouve une tumeur régulière qui est facilement attirée en dehors de l'abdomen. L'opération se passe sans aucun incident. Les ligaments larges sont liés et suturés. Le péritoine antérieur et la vessie sont décollés. On perfore le cul-de-sac antérieur, et on désinsère le vagin. Après avoir lié les utérines et suturé les feuillets des ligaments larges, on draine avec un drain entouré de gaze iodoformée. La cavité abdominale est fermée sur trois plans.

L'examen de la pièce montre une tumeur d'un poids de 1360 grammes.

La tumeur fait saillie dans la cavité utérine, elle occupe la paroi postérieure de l'utérus et n'est séparée de cette cavité, que par une mince couche de tissu utérin. La coupe de la tumeur montre qu'il s'agit d'une tumeur en voie de sphacèle, sa couleur est lie de vin.

Suites. — Rien à signaler dans les suites opératoires. La malade sort, guérie, le 10 août 1896.

Observation XX. — *Fibrome utérin en voie de ramollissement. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — Marie S., âgée de 43 ans, ménagère, entre, le 25 septembre 1896, dans le service de M. le Dr Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit n° 31.

Antécédents personnels. Réglée à 12 ans. Règles toujours régulières. Depuis sept à huit mois la malade observe que ses règles sont devenues plus abondantes.

A partir de cette époque la malade a des douleurs dans le ventre, et son ventre augmente de volume. Cette augmentation est surtout marquée depuis six mois. Pertes en blanc depuis plusieurs années.

Pas d'enfants. Pas de fausses couches.

La malade présente de la constipation, elle est obligée de prendre des purgatifs. De temps en temps elle présente de la pollakiurie, surtout quand elle marche.

État actuel. Le ventre est saillant. On sent une tumeur qui

monte jusqu'à l'appendice xiphoïde ; la tumeur est indolente, irrégulière et légèrement mollasse. Au toucher vaginal on trouve le col de l'utérus très remonté, il est difficile à atteindre. Les culs-de-sac sont profonds.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Guinard, le 28 septembre 1897.

Incision du pubis à l'appendice xiphoïde. On attire la tumeur au dehors.

On pince la partie supérieure des ligaments larges et on la sectionne.

Le péritoine de la face antérieure et de la face postérieure de l'utérus est décollé, et la vessie refoulée vers le pubis. Pendant le décollement de la vessie on ouvre une poche kystique contenue dans le fibrome, et renfermant un liquide chocolat, qui se répand dans le ventre. Après avoir bien nettoyé la cavité pelvienne, on ouvre le cul-de-sac antérieur, sur une pince introduite dans le vagin. Le vagin est désinséré aux ciseaux et les utérines sont liées.

Les pinces sont remplacées par des ligatures. Les feuillets des ligaments larges sont suturés et une mèche de gaze iodoformée assure le drainage vaginal. Suture ordinaire de la paroi.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un fibrome siégeant sur le fond de l'utérus. Tout le centre du fibrome est ramolli et occupé par un liquide hématique. Le col de l'utérus est très allongé, il a dix centimètres de longueur.

Le poids de la tumeur est de 1790 grammes.

Suites. Rien à signaler dans les suites opératoires. On enlève la mèche vaginale le troisième jour. La température est de 40° le troisième jour, mais tombe à la normale ensuite.

La malade sort, guérie, le 25 octobre 1896.

Observation XXI. — *Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* Marie A..., surveillante, entre, le 16 octobre 1896, dans le service de M. le Dr Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit n° 2.

Antécédents personnels. Réglée à 12 ans. Règles abondantes depuis 5 à 7 ans, d'une durée de 7 à 8 jours; quelquefois revenant deux fois par mois. Pertes en blanc dans l'intervalle des règles.

Pas d'enfants, pas de fausses couches. Rétention d'urine quelquefois. Constipation habituelle.

État actuel. Tumeur remontant jusque près de l'ombilic. La tumeur est irrégulière, bosselée, dure, indolente et mobile.

Par le toucher vaginal, on sent le col situé en arrière, le cul-de-sac antérieur est rempli par la tumeur. Les culs-de-sac latéraux de même. Le cul-de-sac postérieur paraît plus libre. Le corps de l'utérus ne peut pas être séparé de la tumeur, il fait partie intégrante de celle-ci.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Peyrot, le 22 octobre 1896. Incision allant du pubis à l'ombilic. On trouve un utérus gros comme les deux poings. La tumeur est attirée au dehors et les ligaments larges sont liés et sectionnés. L'opération se passe comme à l'ordinaire. Le seul temps de l'ouverture du cul-de-sac antérieur est plus difficile, la recherche de l'instrument, introduit par le vagin, demande un peu de temps, à cause de l'espace rétro-vésical qui est petit. De même l'hémostase des utérines est un peu difficile.

La cavité pelvienne est drainée, par le vagin, avec un drain entouré de gaze iodoformée. Suture ordinaire, sur trois plans, de la paroi.

Suites. Les suites opératoires ne présentent rien à signaler. La malade sort, guérie, le 20 novembre 1896.

Observation XXII. — *Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale totale. Ouverture du cul-de-sac postérieur. Mort (Septicémie).* Antoinette T..., 45 ans, brocheuse, entre, le 23 octobre 1896, dans le service de M. le Dr Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit n° 31.

Antécédents personnels. Réglée à 11 ans. Règles très abondantes depuis quelques années, elles durent sept à huit jours, quelquefois davantage. Pertes en blanc.

Pas d'enfants, pas de fausses couches.

Douleurs dans le ventre au moment des règles.

Constipation habituelle, pollakiurie.

État actuel. Tumeur qui arrive jusqu'à l'ombilic, régulière, dure et mobile. Par le toucher vaginal, on trouve un col allongé, l'utérus est uni à la tumeur, on ne peut pas les séparer. Le cul-de-sac antérieur paraît plus rempli que les autres.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Peyrot, le 3 novembre 1896. Après l'incision de la paroi, on attire facilement l'utérus avec la tumeur, en dehors du ventre. Les ligaments larges sont liés et sectionnés. La vessie est décollée. Comme le cul-de-sac postérieur est plus facile à aborder, on l'ouvre en première ligne, et on désinsère, comme d'habitude, le vagin, après avoir pincé les artères utérines.

On remplace les pinces par des ligatures et on applique, par le vagin, un drain entouré de gaze iodoformée.

La paroi abdominale est suturée comme à l'ordinaire.

Le poids de la tumeur est de 880 grammes.

Suites. Le premier jour la malade va bien. A partir du deuxième jour, elle commence à faire de la fièvre, 38°, le ventre est douloureux, la langue sèche, le pouls rapide. Le troisième jour, les phénomènes d'infection s'accentuent; la température est à 39°, le pouls à 130. Le quatrième jour, la malade meurt, avec tous les symptômes de septicémie.

On n'a pas fait d'autopsie.

Observation XXIII. — *Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — Perrine F., âgée de 42 ans, entrée le 17 novembre 1896, à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit n° 5.

Antécédents personnels. Réglée à 11 ans. Les règles sont devenues très abondantes depuis six ans, d'une durée de dix à à douze jours. Pertes blanches légères, très abondantes dans l'intervalle.

Pas d'enfants. Une fausse couche.

Constipation continuelle, la malade est obligée de prendre des purgatifs.

Pollakiurie, quand la malade est debout, ou qu'elle marche.

Depuis deux ans, la malade a remarqué que son ventre augmente de volume. A partir de cette époque, elle souffre au moment de ses règles.

État actuel. La tumeur arrive jusqu'à l'ombilic ; elle est dure, bosselée et mobile. Par le toucher vaginal, on sent le col utérin très allongé ; il est difficile d'atteindre la tumeur par le vagin. Les culs-de-sac sont profonds. Le corps de l'utérus est inséparable de la tumeur.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Peyrot, le 24 novembre 1896. Après avoir incisé la paroi abdominale jusqu'à deux centimètres au-dessus de l'ombilic, on attire facilement la tumeur au dehors. On lie et on sectionne la partie supérieure des ligaments larges. On cherche à aborder le vagin par ce côté. On aborde alors le cul-de-sac antérieur, après avoir décollé le péritoine et la vessie. Comme le col est très allongé, il faut descendre très bas pour l'avoir. La désinsertion et l'hémostase des utérines se font comme à l'ordinaire. Un drain entouré de gaze iodoformée assure le drainage vaginal.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un fibrome bosselé, occupant le fond de l'utérus. Son poids est de 1700 grammes.

Suites. La malade va bien, les jours suivants, après l'opération. Aucune complication. Elle sort, guérie, le 20 décembre 1896.

La malade est revue le 20 novembre 1897, un an après son opération. Son état général est parfait. La cicatrice abdominale est très résistante.

Observation XXIV. — *Fibrome utérin adhérent. Hystérectomie abdominale totale. Ouverture du cul-de-sac postérieur. Guérison.* — Marie L., 47 ans, domestique, entre dans le service de M. Peyrot, le 21 janvier 1897, salle Elisa Roy, lit n° 30, à l'hôpital Lariboisière.

Antécédents personnels. Réglée à 13 ans. Règles toujours régulières et d'une durée de 3 à 4 jours, jusqu'en 1891. A

partir de cette époque, la malade a des pertes continuelles, les règles durent 10 à 12 jours, et souvent la malade perd deux fois par mois. A plusieurs reprises, elle a été obligée de garder le lit 2 à 3 mois consécutifs, à cause des pertes. Pas de pertes en blanc.

Deux enfants, le dernier il y a 20 ans. Pas de fausses couches.

Depuis six ans la malade accuse des douleurs très vives dans le ventre. La malade s'est aperçue que son ventre augmentait de volume depuis deux à trois ans.

Pas de constipation. Miction fréquente.

État actuel. A la palpation, on sent une tumeur irrégulière, qui monte jusqu'à l'ombilic et qui est sensible à la palpation,

Par le toucher vaginal, on trouve le col remonté et placé en arrière ; les culs-de-sacs sont pleins. Il est impossible de séparer l'utérus de la tumeur.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Guinard, le 30 janvier 1897. Après l'incision large de la paroi abdominale, on tombe sur une tumeur adhérente de tous côtés. L'épiploon adhère intimement à la tumeur ; il est détaché et un morceau est reséqué, ce morceau d'épiploon est infiltré de pus. L'S iliaque adhère aussi à la tumeur ; on est obligé de reséquer plusieurs franges épiploïques infiltrées de pus.

Les annexes sont complètement adhérentes des deux côtés, on arrive difficilement à les détacher et à les extirper.

L'utérus est attiré fortement à l'extérieur, à l'aide d'une pince. Le cul-de-sac postérieur est plus abordable que l'antérieur.

On ouvre le cul-de-sac vaginal postérieur sur une pince vaginale. On pince les artères utérines et on désinsère le vagin. La vessie est alors décollée de bas en haut.

Les pinces sont remplacées par des ligatures. Un surjet est placé sur les ligaments larges.

On trouve, à ce moment, un petit abcès dans la paroi musculaire de la vessie. Cet abcès est ouvert et cureté, on arrive

ainsi jusqu'à la muqueuse vésicale. Un surjet séro-séreux est appliqué sur la vessie

Un drain entouré de gaze iodoformée assure le drainage vaginal.

La plaie abdominale est fermée sur un double plan ; surjet au catgut sur le péritoine, et crins sur un deuxième plan, peau et muscles.

Suites. La malade va bien les deux premiers jours après l'opération. Le troisième jour, elle commence à avoir de la fièvre, 38°. La température monte les jours suivants. L'état général paraît pourtant assez bon. La malade ne vomit pas, elle ne souffre pas du ventre. Le sixième jour on s'aperçoit qu'elle présente un érysipèle de la face. On passe la malade en médecine. Le douzième jour, on enlève les fils de la paroi, la réunion est parfaite.

La malade sort, guérie, le 2 mars, sans avoir présenté d'autres complications.

Elle est revue le 19 novembre 1897, neuf mois après son opération. Son état général est très bon. La paroi est résistante.

Observation XXV. — *Fibromes utérins multiples. Hystérectomie abdominale totale. Ouverture du cul-de-sac postérieur. Mort. (Septicémie).* — Augustine B., 40 ans, surveillante, entre, le 29 janvier 1897, dans le service de M. le Dr Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit n° 27.

Antécédents personnels. Réglée à 14 ans. Règles toujours régulières, jusqu'au mois de mars dernier. A ce moment la malade présente pendant cinq jours une grande hémorrhagie qui l'oblige à garder le lit. Les mois qui suivent, les règles deviennent normales. Pas de pertes blanches.

Pas d'enfants.

Depuis 5 à 6 ans, la malade a commencé à souffrir dans le ventre, surtout au moment des règles. Ces douleurs rendent très pénibles la station, la marche ; elles sont devenues intolérables depuis une quinzaine de jours.

Constipation opiniâtre. Mictions fréquentes. La malade a beaucoup maigri depuis quelque temps.

État actuel. On sent, par la palpation, plusieurs tumeurs dures, qui descendent dans l'excavation pelvienne et qui remontent jusque près de l'ombilic.

Au toucher, le col utérin est long ; l'utérus est mobile. Plusieurs tumeurs sont perçues dans les culs-de-sac antérieur et postérieur.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Peyrot, le 15 février 1897.

Après incision de la paroi abdominale, on tombe sur un utérus fibromateux, en avant et en haut duquel il y a une grosse tumeur fibreuse ; en arrière de l'utérus, il y a une autre masse fibreuse qui remplit l'excavation pelvienne. Les tumeurs sont facilement attirées en dehors du ventre. Les ligaments larges sont liés et sectionnés. On décolle le péritoine et la vessie en avant de l'utérus ; mais, comme il est difficile de manœuvrer en avant pour ouvrir le cul-de-sac antérieur, on ouvre le cul-de-sac postérieur.

Le vagin est désinséré et les utérines sont liées. Rien de particulier. Deux drains entourés de gaze stérilisée assurent le drainage vaginal. La plaie abdominale est fermée sur deux plans, un plan péritonéal au catgut, un deuxième, peau et muscles aux crins.

Le poids de la tumeur est de 1 kilogramme.

Suites. Le soir de l'opération, la malade suinte abondamment, par le vagin ; la température est de 37° 2. Le deuxième jour de l'opération, rien à remarquer. La température se maintient à la normale. Le troisième jour, la température est normale 37°, mais la malade vomit vert dans la journée ; le ventre est ballonné. Le quatrième jour, les phénomènes de septicémie sont plus marqués, la malade meurt dans la soirée.

Autopsie. A l'autopsie on trouve les anses intestinales distendues par des gaz. Les anses intestinales sont congestionnées. Il n'y a pas de liquide dans le péritoine, sauf un peu de sang.

Aucune autre altération des organes.

Observation XXVI. — *Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — Gabrielle B..., âgée de 50 ans, domestique, entre, le 5 février 1897 dans le service de M. Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit n° 12.

Antécédents personnels. Réglée à 11 ans. Règles régulières jusqu'à l'âge de 43 ans. Depuis cette époque les règles sont devenues très abondantes ; elles avaient une durée de douze jours en moyenne. Pertes blanches légères. La malade a eu trois enfants ; pas de fausses couches.

Douleurs vagues dans le ventre, surtout dans la région lombaire, depuis l'âge de 43 ans. Depuis trois ans, la malade s'est aperçue que son ventre augmentait de volume. Les douleurs ont pris plus d'intensité depuis un an. Pas de constipation. Polyurie abondante.

État actuel. La malade est très amaigrie. Elle est très anémiée, et présente souvent des syncopes. Son état général est très mauvais. Elle a de l'insomnie, de l'anorexie.

A la palpation, on sent une tumeur qui remonte jusqu'à l'ombilic, plus saillante à gauche qu'à droite. — Par le toucher vaginal, le col de l'utérus est allongé. — Le cul-de-sac antérieur est rempli par la tumeur, de même qu'une partie des culs-de-sac latéraux. — Le cul-de-sac postérieur est libre.

Le corps de l'utérus est intimement uni à la tumeur, on ne peut pas les séparer.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Guinard, le 1er mars 1897.

Incision remontant au-dessus de l'ombilic. On attire la tumeur à l'extérieur et on agit comme à l'ordinaire. L'opération se fait sans la moindre difficulté. — Le péritoine de la face antérieure est incisé et la vessie décollée. — Le cul-de-sac vaginal antérieur est ouvert sur une pince, le vagin est désinseré et les utérines pincées. Les ligaments larges avaient été liés, dans leur partie supérieure, au début de l'opération.

Les pinces sont remplacées par des ligatures à la soie. — Les feuillets des ligaments larges sont suturés et un drain en-

touré de gaze iodoformée est placé par le vagin.— Suture ordinaire de la paroi.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un gros fibrome interstitiel occupant la paroi antérieure de l'utérus ; deux autres petits fibromes, du volume d'une noix, occupent la paroi postérieure de l'utérus.

Le poids de la tumeur est de 1330 grammes.

Suites. Le troisième jour la malade a 38° le soir ; cette température se maintient avec quelques légères oscillations les jours suivants. L'état général est très bon.

Le neuvième jour on enlève les fils. Réunion parfaite de la plaie.

Trois semaines après l'opération, on s'aperçoit que la malade présente un abcès de la paroi, produit par l'élimination d'un fil de soie.

Le fil est enlevé et la malade sort, guérie, le 24 mars 1897.

La malade est revue le 14 novembre, huit mois après son opération. Elle se trouve en parfait état. Elle a engraissé. L'anémie a disparu. La malade dit seulement qu'elle présente de temps en temps des sueurs, qu'elle est irritée, etc., troubles en rapport probablement avec la ménopause.

Du côté de l'abdomen, la cicatrice est résistante.

Observation xxvii. — *Fibromes multiples de l'utérus. — Hystérectomie abdominale totale. Ouverture du cul-de-sac postérieur. Guérison.* — Lucie P., âgée de 37 ans, fleuriste, entre, le 6 avril 1897, dans le service de M. Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit 39.

Antécédents personnels. Réglée à 14 ans. Règles très abondantes, 10 à 12 jours, depuis deux, trois ans.

La malade présente des douleurs très prononcées depuis cette époque, ces douleurs sont surtout marquées au moment des règles.

Pas d'enfants ; pas de fausses-couches. Constipation et mictions fréquentes.

État actuel. Tumeur bosselée, irrégulière, dure, très peu mobile, remontant jusqu'à l'ombilic. Par le toucher vaginal, on sent le col en avant. Les culs-de-sac sont remplis par la tumeur surtout le postérieur. Il est impossible de séparer la tumeur de l'utérus.

Opération. Hystérectomie abominable totale par M. Guinard, le 16 avril 1897. Après avoirincisé la paroi abdominale, on arrive sur une tumeur qui remonte jusqu'à l'ombilic. La tumeur est libre de toute adhérence; elle est mutilobée. On trouve plusieurs lobes, en avant de l'utérus, et un fibrome unique situé en arrière ; l'utérus est en rétroversion complète.

On attire la tumeur à l'extérieur et on perfore le cul-de-sac vaginal postérieur, sur une pince. La vessie est décollée de bas en haut ; le vagin est désinséré et les ligaments larges sont sectionnés, après avoir placé des pinces sur les vaisseaux.

On remplace les pinces par des ligatures. On rapproche les euillets des ligaments larges par un surjet et on applique un surjet sur la tranche vaginale qui saigne.

Un drain entouré de gaze stérilisée est placé dans le vagin. Suture ordinaire de la paroi.

La tumeur pèse 1.300 grammes.

Suites. Les suites opératoires sont excellentes. Aucune complication..

La malade sort, guérie, le 9 mai 1897.

Observation xxviii. — *Fibrome utérin en voie de sphacèle. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — Joséphine V., 40 ans, cuisinière, entre, le 18 mai 1897 dans le service de M. le Dr Peyrot. à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit n° 29.

Antécédents personnels. Réglée à 16 ans. Règles toujours abondantes. Depuis deux ans les règles ont augmenté et avancent toujours de quelques jours. Pertes blanches en petite quantité.

Pas d'enfants. Pas de fausses couches.

Depuis deux ans, la malade s'aperçoit que son ventre grossit rapidement. A partir de cette époque, des douleurs très vives sont apparues dans le bas ventre, avec des irradiations dans la région lombaire et dans les cuisses. Ces douleurs sont devenues tellement pénibles que la malade garde le lit constamment.

Mictions fréquentes. Pas de constipation.

État actuel. Grosse masse qui occupe tout le bas ventre et remonte jusqu'à l'ombilic. Cette masse paraît lisse, régulière, mobile transversalement, mais très nettement fluctuante.

Au toucher vaginal, on trouve le cul-de-sac antérieur rempli par la masse qui forme un sillon avec le col de l'utérus. Il est impossible de séparer la tumeur de l'utérus.

Au point de vue du diagnostic, on hésite entre un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus et une tumeur des annexes ayant contracté des adhérences avec l'utérus.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Peyrot, le 29 mai 1897. La paroi abdominable étant incisée jusqu'au dessus de l'ombilic, on tombe sur un fibrome énorme, fluctuant, développé aux dépens du corps de l'utérus. Le col utérin est très allongé, il a au moins cinq centimètres de longueur.

L'opération se passe comme à l'ordinaire. Après l'hémostase et la section de la partie supérieure des ligaments larges, on décolle le péritoine antérieur et la vessie. Le cul-de-sac antérieur est ouvert sur une pince vaginale et le vagin est désinséré, après avoir pincé les utérines. Un drain entouré de gaze iodoformée est placé dans le vagin.

L'examen de la pièce montre un fibrome développé dans le fond de l'utérus. A la coupe, ce fibrome a une couleur lie de vin, il est donc en voie de sphacèle. Le tissu du fibrome est creusé de cavités contenant du liquide. Le poids de la tumeur est de 1.342 grammes.

Suites. Les suites opératoires sont excellentes. Les fils sont enlevés le dixième jour.

La malade sort, guérie, le 12 juillet 1897.

Observation xxix. — *Fibromes utérins multiples. Hystérectomie abdominale totale. Guérison* — Ernestine B., âgée de 44 ans, femme de chambre, entre, le 14 juin 1897, dans le service de M. Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit n° 10.

Antécédents personnels. Réglée à 13 ans. Règles toujours régulières mais peu abondantes, elles étaient très douloureuses. Depuis trois mois, les règles ont cessé. Depuis quelques années la malade perd en blanc.

Depuis 12 à 13 ans, la malade a remarqué que son ventre augmentait de volume et qu'il est devenu douloureux.

Pas d'enfants. Pas de fausses couches.

État actuel. Le ventre est volumineux, plus saillant à gauche. Par la palpation on sent une tumeur qui remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; elle est légèrement douloureuse du côté droit.

Par le toucher vaginal, on trouve le col caché derrière le pubis. Tout le cul-de-sac postérieur et latéral gauche est envahi par une masse globuleuse, dure, qui fait partie de l'utérus.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Peyrot, le 21 juin 1897. En incisant largement la paroi abdominale, on tombe sur une masse fibromateuse qui remonte au-dessus de l'ombilic. Derrière ce fibrome, on en trouve deux autres, enclavés dans le petit bassin, et qui occupent la face postérieure de l'utérus, celui-ci étant repoussé en avant. On attire facilement les tumeurs en dehors du ventre, et on agit comme d'habitude.

Au moment des manœuvres qu'on fait pour sortir la tumeur, on déchire une grosse veine qui saigne abondamment, on la pince. Les fibromes sont sillonnés de grosses veines.

La vessie et le péritoine de la face antérieure de l'utérus étant décollés, on ouvre le cul-de-sac antérieur et on désinsère le vagin.

Après avoir placé un surjet, de chaque côté, sur les feuillets des ligaments larges, on en place un autre sur la tranche vaginale qui saigne en nappe.

Un drain entouré de gaze iodoformée assure le drainage vaginal.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit de trois fibromes, un supérieur, deux autres postérieurs à l'utérus.

Le poids de la tumeur est de 2.050 grammes. En incisant les fibromes postérieurs on trouve un œuf avec un embryon de 3 mois environ.

Suites. Aucune complication post-opératoire.

La malade sort, guérie, le 15 juillet 1897.

Observation XXX. — *Fibrome utérin. Hystérectomie Abdominale totale. Guérison* — Marie... âgée de 49 ans, Artiste, entre le 15 juillet 1897, dans le service de M. Peyrot à l'hôpital Lariboisière, salle Élisa Roy, lit n° 18

Antécédents personnels. Réglée à 12 ans. Règles toujours irrégulières, d'une durée de 5 à 6 jours. Dans ces derniers temps les règles étaient très abondantes, elles duraient 10 à 12 jours et davantage. La malade voyait souvent deux fois par mois. Les pertes en blanc sont très abondantes, quand la malade ne perd pas en rouge.

Depuis quelque temps, la malade présente des douleurs dans l'abdomen ; surtout des douleurs expulsives.

La malade n'a pas eu d'enfant. Pas de fausses couches.

État actuel. Par la palpation on sent une tumeur régulière, arrondie, qui remonte jusqu'à l'ombilic. La tumeur est mobile, indolente.

Par le toucher vaginal, on sent très bien la lèvre antérieure du col de l'utérus ; en arrière de cette lèvre, on trouve l'orifice utérin rempli par une masse régulière et arrondie qui fait saillie dans le vagin. Cette masse peut être contournée avec le doigt.

Le corps de l'utérus fait partie intégrante de la tumeur ; il ne peut pas être séparé de celle-ci.

Au spéculum, on voit la masse qui descend dans le vagin, il s'agit probablement d'un polype de l'utérus, avec un utérus fibromateux.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Peyrot, le 27 juillet 1897. M. Peyrot cherche a faire tout d'abord l'hystérectomie vaginale, ou à énucléer la tumeur par le vagin. Malgré toutes les manœuvres qu'on fait, il est absolument impossible d'abaisser l'utérus; on se decide alors à faire l'hystérectomie abdominale totale.

L'opération se passe comme à l'ordinaire, sans aucune difficulté.

Après l'incision qui dépasse l'ombilic de deux travers de doigt, on attire la tumeur en dehors du ventre.

La partie des ligaments larges est pincée et sectionnée.

Le péritoine de la face antérieure de l'utérus et la vessie sont décollés.

On ouvre le cul-de-sac vaginal antérieur, comme à l'ordinaire et on désinsére le vagin.

La cavité pelvienne est drainée, par le vagin, à l'aide d'un drain entouré de gaze iodoformée.

L'utérus, avec la tumeur, pèse 1620 grammes.

Le fibrome occupe la cavité utérine ; il adhère, par sa face postérieure, à cette cavité, et il est libre en avant. Par son extrémité inférieure, il descend dans le vagin et c'est la partie qui était sentie par le toucher vaginal.

Suites. Les suites opératoires se passent sans incident. Le 10e jour, les fils sont enlevés. La malade sort, guérie, le 28 Septembre 1897.

Observation XXXI. — *Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — Clémence M..., âgée de 36 ans, ménagère, entre dans le service de M. Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit n° 1, le 20 juillet 1897.

Antécédents personnels. Réglée à 13 ans. Règles régulières jusqu'en 1890. A partir de cette époque, les règles sont devenues très abondantes, d'une durée de huit jours. Il y a sept ans, elle a eu un polype de l'utérus, qui a été enlevé. Malgré cette opération, les règles sont toujours restées, depuis cette

époque, très abondantes. Pertes blanches dans l'intervalle des règles. Deux enfants. Pas de fausses couches.

Douleurs violentes dans le ventre, surtout au moment des règles. Pas de constipation. Rien du côté de la vessie.

État actuel. On sent, à la palpation, une tumeur régulière, mobile, indolente, qui monte jusqu'à une petite distance de l'ombilic. Au toucher vaginal, le col est très remonté et placé en avant. Le corps de l'utérus fait partie de la tumeur qu'on sent à la palpation. Les culs-de-sac sont profonds.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Peyrot, le 12 août 1897. Après l'incision de la paroi, on tombe sur un utérus fibromateux, libre de toute adhérence. Il est facilement attiré au dehors. Les ligaments larges sont liés et sectionnés dans leur partie supérieure et les annexes sont extirpées.

On incise le péritoine sur la face antérieure de l'utérus et on décolle, avec les doigts et des ciseaux, le lambeau péritonéal et la vessie. Le cul-de-sac antérieur est ouvert sur une pince vaginale et le vagin est désinséré tout autour du col, après avoir pincé les artères utérines.

Les pinces sont remplacées par des ligatures; les feuillets des ligaments larges sont suturés de chaque côté, et un drain est placé dans le vagin. La paroi abdominale est suturée sur trois plans. L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un gros utérus, qui contient un fibrome qui fait saillie dans sa cavité. Le fibrome occupe la paroi postérieure de la cavité utérine.

Le poids de la tumeur est de 550 grammes.

Suites. Les suites opératoires sont excellentes, sans aucune complication. La malade sort, guérie, le 29 août 1897.

Elle est revue le 14 novembre, trois mois après son opération. Son état général est parfait. La résistance de la cicatrice abdominale est très bonne.

Observation XXXII. — *Fibromes multiples de l'utérus. Salpingo-ovarite double. Adhérences. Hystérectomie abdominale totale. Ouverture du cul-de-sac postérieur. Guérison.* — Louise

H., 39 ans, couturière, entre, le 22 juillet 1897, dans le service de M. Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit n° 10.

Antécédents personnels. Réglée à l'âge de 14 ans. Règles toujours irrégulières ; dans les derniers temps, elles duraient huit à dix jours.

La malade présente des douleurs dans le ventre ; depuis trois à quatre ans, ces douleurs sont devenues plus prononcées.

Pas d'enfants ; pas de fausses couches.

Pas de troubles de compression.

État actuel. Par la palpation, on sent une tumeur mobile, dure, qui remonte jusqu'à l'ombilic. Le toucher vaginal montre un col remonté, dur. Les culs-de-sac sont libres. Le corps de l'utérus est bien senti, il peut être séparé de la tumeur ; mais les mouvements qu'on imprime à celle-ci se transmettent à l'utérus.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Guinard, le 21 août 1897. Après l'incision de la paroi abdominale, on trouve que la tumenr adhère à l'épiploon, toute la face antérieure de celle-ci est recouverte par l'épiploon.

Ces adhérences sont détachées facilement. La tumeur est attirée en dehors du ventre. On s'aperçoit alors qu'elle adhère à l'utérus par un pédicule aplati, assez mince, qu'on pourrait sectionner sans enlever l'utérus ; mais, comme cet organe présente des fibromes interstitiels et comme les trompes sont malades, (elles sont grosses comme le pouce et très adhérentes), on se décide à faire l'hystérectomie totale.

Les annexes sont détachées et extirpées. On ouvre le cul-de-sac vaginal postérieur sur une pince introduite par le vagin. Le vagin est désinséré, la vessie décollée et les ligaments larges sont sectionnés, après avoir placé quatre pinces, deux sur les utérines, deux sur les utéro-ovariennes.

On remplace les pinces par des ligatures à la soie, et on rapproche les feuillets des ligaments larges par un surjet.

Un drain vaginal entouré de gaze stérilisée, assure le drainage vaginal. Suture ordinaire de la paroi.

Suites. Aucune complication. La malade sort, guérie, le 15 septembre 1897.

Observation XXXIII. — *Fibrome utérin adhérent. Pyo-salpinx gauche. Hystérectomie abdominale totale. Ouverture du cul-de-sac postérieur. Guérison.* — Adélaïde S., âgée de 52 ans, passementière, entre dans le service de M. Peyrot, le 13 août 1897, salle Elisa Roy, lit 22, à l'hôpital Lariboisière.

Antécédents personnels. Réglée à 16 ans. Règles toujours très abondantes; depuis deux ans, les règles ont une durée de 8 à 10 jours. Pertes blanches depuis 5 ans. Depuis deux ans la malade a commencé à perdre l'appétit et à maigrir. Elle ne remarquait pourtant rien du côté du ventre; aucune douleur.

Pas de constipation, rien du côté de la vessie.

C'est seulement dans les derniers temps qu'elle a ressenti quelque malaise, au moment de la marche.

État actuel. État général bon. A la palpation, on sent plusieurs tumeurs irrégulières qui montent jusqu'à mi-chemin de l'ombilic et du pubis ; ces tumeurs sont indolentes, mais très peu mobiles.

Au toucher, on trouve le col de l'utérus à droite. Le corps de l'utérus est bien senti aussi à droite; à gauche, on sent une autre masse, indolente et irrégulière. Le cul-de-sac gauche est rempli par la tumeur.

Opération. Hystérectomie abdominale totale, par M. Guinard, le 26 août 1897. Après l'incision de la paroi, on tombe sur un utérus fibromateux et sur une poche salpingienne gauche. L'épiploon est très adhérent à la poche ; on détache ces adhérences. La poche est ponctionnée et on retire 350 grammes de pus épais, verdâtre.

En cherchant à détacher la poche, on trouve des adhérences, au niveau de sa face postérieure avec l'S iliaque. La poche est alors enlevée. Pendant ces manœuvres, une certaine quantité de pus s'écoule sur les compresses, qui sont rapidement changées.

Les annexes du côté droit sont plus facilement détachées que celles du côté gauche ; les lésions étant, de ce côté, très peu prononcées.

L'ablation de l'utérus se fait ensuite, d'après le manuel ordinaire. Après avoir séparé la vessie et perforé le cul-de-sac postérieur, on désinsère le vagin et on pince les utérines.

Le drainage vaginal est assuré à l'aide d'un drain.

Suites. La malade ne présente aucune complication, après l'opération. Elle a seulement un peu de fièvre, 38°-38° 2, le soir, à partir du troisième jour, jusqu'au sixième.

On enlève les fils le dixième jour. Réunion parfaite de la plaie. Elle sort, guérie, le 17 septembre 1897.

La malade est revue le 14 novembre, deux mois et demi après son opération. Son état général est parfait. La cicatrice abdominale est résistante.

Observation XXXIV. — *Fibrome utérin. Salpingite double. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — Marie C., âgée de 45 ans, domestique, entre, le 10 septembre 1897, dans le service de M. Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit n° 18.

Antécédents personnels. Réglée à 15 ans. Règles régulières jusqu'au mois de mai 1897, c'est-à-dire cinq mois avant son entrée à l'hôpital. A partir de cette époque, les règles durent 8 jours. Pertes en blanc.

Pas d'enfants ; pas de fausses couches.

Constipation pendant deux à trois jours ; la malade est obligée de prendre un purgatif.

Rien du côté de la vessie. Légère douleur dans le ventre depuis 6 mois.

État actuel. On sent une tumeur qui monte jusqu'au niveau de l'ombilic ; la tumeur est indolente, régulière et très peu mobile. Par le toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus collé contre le pubis ; en arrière de lui, le cul-de-sac postérieur est rempli par la tumeur. Le corps de l'utérus se trouve en avant. La tumeur paraît siéger en arrière.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Guinard, le 14 septembre 1897. On trouve les deux trompes grosses comme les deux pouces, remplies d'un liquide couleur chocolat. Du côté droit, l'appendice cœcal est très adhérent à la trompe droite. On enlève les annexes et on résèque l'appendice.

Le fibrome occupe la paroi postérieure de l'utérus, dans la cavité de Douglas. On a de la difficulté à le faire basculer en avant et à l'attirer en dehors du ventre.

L'extirpation de l'utérus, avec la tumeur, se fait sans incidents. La vessie est décollée ; le cul-de-sac antérieur est perforé et le vagin est désinséré, après avoir pincé les utérines.

Un drain assure le drainage vaginal. Suture de la paroi sur trois plans.

Le poids de la tumeur est de 1200 grammes.

Suites. Les suites opératoires ne présentent rien à signaler. La malade sort, guérie, le 20 octobre 1897, avec réunion parfaite de la plaie.

Elle est revue le 14 novembre, deux mois après son opération. La paroi abdominale est résistante et la malade se trouve en parfait état.

Observation XXXV. — *Fibromes utérins multiples. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.* — Marie F., âgée de 50 ans, entre, le 8 octobre 1897, dans le service de M. Peyrot, à l'hôpital Lariboisière, salle n° 32.

Antécédents personnels. Réglée à 14 ans. Les règles ont toujours été irrégulières, d'une durée de cinq à six jours. Depuis deux ou trois ans, les règles sont devenues plus abondantes et durent huit jours. Pas de pertes en rouge dans l'intervalle des règles, mais beaucoup de pertes en blanc.

La malade a eu trois enfants, le dernier il y a 26 ans. Pas de fausses couches.

Depuis huit à dix mois, la malade a commencé à souffrir du ventre. Ces douleurs sont très prononcées au moment des règles

et forcent la malade à garder le lit, pendant dix à quinze jours

Elle présente de la rétention d'urine au moment de ces douleurs et on est obligé de la sonder.

La constipation est la règle.

État actuel. L'état général n'est pas mauvais.

A l'inspection, on trouve le ventre augmenté de volume. A la palpation on trouve une masse arrondie, régulière, indolente et médiane, qui monte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Par le toucher vaginal, on trouve le col utérin remonté, il est situé un peu en arrière. Le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac postérieur sont remplis par la tumeur. Le corps de l'utérus se confond avec le fibrome et ne peut pas être séparé.

On pose le diagnostic de fibrome utérin.

Opération. Hystérectomie abdominale totale, par M. Peyrot, le 16 octobre 1897.

Incision du pubis, à l'ombilic. On tombe sur une masse antérieure, derrière laquelle on en trouve une deuxième qui remplit le petit bassin. Le volume de la tumeur dépasse une tête d'enfant. On attire facilement la tumeur au dehors. La partie supérieure des ligaments larges est prise entre deux clamps, de chaque côté de l'utérus, et les ligaments sont sectionnés.

L'opération se passe sans aucune difficulté. On constitue un lambeau péritonéal sur la face antérieure de l'utérus, et on décolle la vessie jusqu'au vagin.

Sur une pince, qu'un aide introduit dans le cul-de-sac antérieur, on ouvre verticalement ce cul-de sac, au bistouri. Le vagin est alors désinséré tout autour du col, avec des ciseaux qui rasent le tissu utérin ; au fur et à mesure que la désinsertion se poursuit, on applique des pinces de Kocher sur les vaisseaux qui donnent.

Arrivé sur l'utérine gauche, on place une pince de Kocher qui prend l'artère avec les tissus voisins, en masse. La désinsertion du vagin, en arrière du col, ne présente rien de carac-

téristique. A droite, l'artère utérine peut-être pincée, isolée.

Les pinces sont remplacées par des ligatures. Deux surjets réunissent les feuillets des ligaments larges.

Après avoir nettoyé la cavité abdominale, on fait un drainage vaginal avec un gros drain.

La paroi abdominale est suturée comme à l'ordinaire.

Pansement aseptique de la plaie abdominale.

La tumeur pèse 1310 grammes.

Suites. — La malade va très bien les jours qui suivent l'opération. La température se maintient à la normale. Les fils sont enlevés le neuvième jour.

La réunion est parfaite.

La malade sort, guérie, le 12 novembre 1897.

Observation XXXVI. — *Fibrome utérin adhérent. Pyo-Salpinx droit. Hystérectomie abdominale totale. Ouverture du cul-de-sac postérieur.* — Berthe B., âgée de 41 ans, entre le 5 novembre 1897, dans le service de M. Peyrot à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit n° 17.

Antécédents personnels. Réglée à 16 ans. Les règles ont toujours été abondantes, d'une moyenne de sept à huit jours. Depuis un an, les règles sont devenues très irrégulières; la malade perdait plusieurs fois par mois, elle restait à peine quelques jours sans perdre en rouge. Pas de pertes blanches.

Pas d'enfants. Pas de fausses couches.

Depuis un an la malade a observé que son ventre augmentait de volume. C'est à partir de cette époque que des douleurs sont apparues ; mais ces douleurs étaient supportables. Depuis cinq ou six ans, elle avait déjà remarqué une tumeur dans le ventre du côté gauche, mais celle-ci est restée longtemps stationnaire.

Pas de constipation. Pas de troubles vésicaux.

Érysipèle de la face, il y a six ans.

État actuel. Le ventre est très augmenté de volume, comme s'il s'agisait d'une femme enceinte de neuf mois. A la palpation on sent une tumeur arrondie, lisse qui remonte jusqu'à l'appendice xiphoïde. Cette tumeur est mobile.

En haut et à droite, on trouve plusieurs bosselures sur la tumeur.

Par le toucher vaginal, on ne sent pas le col, il est très remonté. Les culs-de-sac sont remplis par des masses dures qui remplissent tout le petit bassin.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Peyrot, le 10 novembre 1897.

Grande incision de la paroi abdominale, du pubis à l'appendice xiphoïde. On arrive sur une tumeur adhérente de tous côtés. Les ligaments larges sont étalés sur la face antérieure de la tumeur. Pour pouvoir attirer la tumeur au dehors, on sectionne les ligaments larges, entre deux clamps, de chaque côté. Les ligaments larges sont très vasculaires et présentent une épaisseur qui dépasse deux centimètres.

En arrière, la tumeur adhère à l'S iliaque et à la partie supérieure du rectum. On détache assez facilement ces adhérences et la tumeur est luxée en dehors du ventre.

Pour pouvoir manœuvrer, il faut enlever la plus grande partie de la tumeur, avant d'ouvrir le vagin. On place, sur la partie inférieure des ligaments larges, des clamps et on enlève la tumeur au bistouri, après avoir décollé la partie supérieure de la vessie.

Pendant ces manœuvres on crève une poche purulente du côté droit, le pus se répand sur les compresses qui sont immédiatement changées, cette poche était constituée par la trompe droite.

L'utérus est très allongé et mince, il forme un vrai pédicule à la tumeur. Après avoir amputé celle-ci; on décolle la vessie jusqu'à l'insertion vaginale

Un aide introduit la pince vaginale dans le cul-de-sac postérieur et soulève ce cul-de-sac qui est très profond. On ouvre le cul-de-sac postérieur et on place, de chaque côté du pédicule, une ligature en masse sur les utérines. Le vagin est ensuite désinséré, tout autour du col. Il est très difficile à ce moment, de bien délimiter le col utérin, car il se confond avec le vagin,

et on est obligé d'empiéter largement sur le tissu de l'utérus.

Comme l'orifice du vagin est étroit pour le drainage, on l'incise en arrière sur une longueur de 2 à 3 centimètres. On applique un surjet sur les bords saignants du vagin, et on rapproche de chaque côté les feuillets des ligaments larges.

Un gros drain assure le drainage vaginal.

La plaie abdominale est fermée sur deux plans ; un plan péritonéal au catgut, et un deuxième, peau et muscles, aux crins de Florence.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un fibrome énorme, bosselé. Son poids est de 5.100 grammes.

Suites. Le deuxième jour de son opération, la malade a 39° (le soir) ; à partir du troisième jour, la température devient normale.

La malade va tout à fait bien ; son état général est parfait.

Le drain est enlevé le 3e jour.

Aujourd'hui, 18 novembre, 8 jours après l'opération, la malade est très bien.

Observation XXXXII. *Fibromes utérins multiples. Hystérectomie abdominale totale. (Procédé de Doyen). Guérison.* — Mélanie C..., 44 ans, entre, le 21 octobre 1897, dans le service de M. Marchand, à l'hôpital Saint-Louis.

Antécédents personnels. Réglée à 15 ans. Les règles ont été toujours régulières, d'une durée de deux à trois jours.

Il y a six mois, la malade commence à souffrir dans le ventre ; et les règles sont devenues plus abondantes.

Pas d'enfants. Pas de fausses couches

Pas de constipation. Mictions très fréquentes.

Etat actuel. On trouve, à la palpation, deux tumeurs, une superficielle et mobile, grosse comme une tête d'enfant, elle est médiane ; l'autre tumeur est située du côté gauche, elle est moins mobile et plus profonde. — Par le toucher vaginal on trouve le col utérin petit et haut placé. — Les culs-de-sac droit et postérieur sont remplis par la tumeur. — L'utérus est inséparable de la tumeur.

Le cathétérisme utérin donne 14 centimètres.

Opération. Hystérectomie abdominale totale (Procédé de Doyen), par M. Marchand, le 8 novembre 1897.

On arrive sur plusieurs masses fibromateuses. La tumeur est attirée au dehors et le cul-de-sac postérieur est ouvert sur une pince vaginale. — On pince le col avec une pince de Museux et on l'attire en haut — La séparation de la vessie se fait difficilement. — Les ligaments larges sont pincés et sectionnés.

On remplace les pinces par des ligatures à la soie. Les feuillets des ligaments larges sont rapprochés par des sutures au catgut. L'orifice vaginal est rétréci et une mèche à la gaze iodoformée assure le drainage vaginal.

On place un Micoulitz abdominal, et la plaie abdominale est fermée par des sutures en masse aux fils d'argent.

Le poids de la tumeur est de 2.500 grammes.

Suites. On enlève le Micoulitz le troisième jour. Les fils sont enlevés le dixième jour. — On trouve, à ce moment, une suppuration superficielle au niveau des fils d'argent. Cette suppuration diminue les jours suivants, à la suite de grands lavages au sublimé.

Actuellement la malade va très bien.

Observation XXXVIII—. *Fibromes utérins. Hystérectomie abdominale totale. (Procédé de Doyen). Guérison.* — Désiré S..., 38 ans, entre, le 21 octobre 1897, dans le service de M. le Dr Marchand, à l'hôpital Saint-Louis.

Antécédents personnels. Réglée à 15 ans. Depuis deux ans, les règles ont une durée de dix jours. — Depuis 18 mois, la malade a commencé à souffrir dans le ventre.

Rien du côté de la vessie. Pas de constipation.

Deux enfants. Pas de fausses couches.

État actuel. On sent une tumeur qui arrive jusqu'à l'ombilic, elle est plus saillante à droite; cette tumeur est mobile. — Par le toucher vaginal, le col est remonté et effacé. La tumeur fait corps avec l'utérus.

Opération. Hystérectomie abdominale totale, par le procédé de Doyen, par M. Marchand, le 12 novembre 1897.

L'opération se passe sans difficulté. L'utérus avec la tumeur sont attirés en dehors du ventre. Le cul-de-sac postérieur est ouvert sur une pince vaginale ; on a quelque difficulté, à ce moment, à trouver le col utérin pour le pincer. — On arrive pourtant à l'avoir et à l'attirer en haut. — La vessie est décollée et les ligaments larges sont sectionnés après avoir été pincés.

Les feuillets des ligaments larges sont suturés au catgut et le vagin est rétréci.

Une mèche de gaze iodoformée assure le drainage vaginal.

Le poids du fibrome est de 1.600 grammes.

Suture de la paroi abdominale, sur un seul plan, avec des fils d'argent.

Suites. La mèche est enlevée le troisième jour ; les fils le dixième jour.

La réunion est parfaite. — Actuellement la malade est en convalescence.

Observation XXXIX. — *Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale totale. (Procédé de Doyen). Guérison.*— Hortense S., âgée de 43 ans, entre dans le service de M. le Dr Marchand, à l'hôpital St-Louis, le 24 octobre 1897.

Antécédents personnels. Réglée à 15 ans. Règles toujours un peu abondantes, six à huit jours. Pas d'enfants. Une fausse couche. La malade a très peu de douleurs dans le ventre ; elle présente seulement de la pollakiurie. Pas de constipation.

État actuel. On sent, par la palpation, une masse volumineuse qui remonte jusqu'à l'ombilic, cette masse est mobile et bosselée. Par le toucher vaginal, on trouve le col très remonté. Le cul-de-sac antérieur est rempli par la tumeur ; les autres paraissent libres. La tumeur, qu'on sent par la palpation, est inséparable de l'utérus.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par le procédé de Doyen, par M. Marchand, le 16 novembre 1897.

Après une large incision de la paroi abdominale, on tombe sur un fibrome libre de toute adhérence; il est attiré en dehors du ventre. Le cul-de-sac vaginal postérieur est ouvert sur une pince vaginale. Le col utérin est alors saisi, avec une pince de Museux, à travers l'ouverture du vagin, et on l'attire fortement en haut. La vessie est décollée de bas en haut et les ligaments larges sont sectionnés, après avoir placé des clamps.

Des ligatures à la soie remplacent les pinces. Un surjet au catgut rapproche les feuillets des ligaments larges et rétrécit l'orifice du vagin.

Après avoir nettoyé le petit bassin à l'eau phéniquée forte, on place une mèche de gaze iodoformée dans le vagin pour assurer le drainage vaginal.

La plaie abdominale est suturée sur un seul plan, à l'aide de fils d'argent et de crins.

Le poids de la tumeur est de 1850 grammes.

Suites. Le troisième jour on enlève la mèche vaginale. La malade va actuéllement très bien.

Observation XXXX. — *Fibrome utérin énorme. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.*—Marie C., 38 ans, entre dans le service de M. Peyrot à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, lit n° 15, le 18 novembre 1897.

Antécédents personnels. Réglée à 14 ans. Les règles sont devenues très abondantes depuis six à sept ans. Des douleurs dans le ventre sont apparues à partir de cette époque; ces douleurs étaient exagérées au moment des règles.

Depuis un an, la malade présente des troubles de suffocation qui apparaissent tous les jours.

Pas d'enfants; pas de fausses couches.

État actuel. A la palpation, on sent une tumeur énorme, fluctuante, qui dépasse de beaucoup l'ombilic. Par le toucher, le col est remonté et les culs-de-sac son remplis. La tumeur a plutôt l'aspect d'un kyste de l'ovaire que d'un fibrome.

Opération. Hystérectomie abdominale totale par M. Peyrot,

le 23 novembre 1897. Après une large incision de la paroi abdominale incision qui dépasse l'ombilic de quatre à cinq centimètres, on arrive sur un fibrome énorme, fluctuant. La tumeur est attirée en dehors du ventre. A ce moment, on trouve des adhérences péritonéales, entre la face postérieure de la tumeur et l'S iliaque. Les annexes gauches sont énormes, il y a à, ce niveau, un gros kyste de l'ovaire adhérent au fibrome.

L'S iliaque est détaché, et l'hémostase de la partie supérieure des ligaments larges est assurée par deux clamps de chaque côté.

Le péritoine de la face antérieure de l'utérus est décollé avec la vessie, et on cherche à ouvrir sur la pince vaginale le cul-de-sac antérieur. Cette manœuvre est impossible à cause du volume de la tumeur. On se décide donc à énucléer celle-ci. Cette énucléation est obtenue assez facilement, après avoir placé plusieurs clamps sur les ligaments larges. Une fois que la masse est enlevée, on ouvre le cul-de-sac antérieur et on lie les utérines en masse. Enfin le vagin est désinséré.

Un surjet est placé sur la tranche vaginale qui saigne ; d'autres surjets rapprochent les feuillets des ligaments larges. Un drain est placé dans le vagin. Suture ordinaire de la paroi. Le poids de la tumeur est de 5 kilogrammes. Il s'agit d'un fibrome ramolli.

Suites. Jusqu'à aujourd'hui sixième jour de l'opération, la malade va très bien.

CHAPITRE X.

STATISTIQUE.

Malgré les nombreux inconvénients que les statistiques présentent, il n'est pas moins vrai, qu'elles constituent le seul moyen d'appréciation de la gravité de deux opérations.

Nous avons montré, au cours de cette étude, les avantages que l'hystérectomie abdominale totale présente sur les hystérectomies abdominales partielles et sur les hystérectomies par voies abdominale et vaginale combinées.

La supériorité de la première de ces méthodes ressort aussi des nombreuses statistiques publiées par divers chirurgiens. La mortalité est moins grande, quand on extirpe l'utérus, en totalité, par l'abdomen, que quand on l'extirpe, partiellement, ou qu'on emploie, en partie, la voie vaginale.

Ainsi nous avons vu que le traitement interne du pédicule donne, en terme moyen, une mortalité de 28 pour cent; tandis que le traitement externe du pédicule ne donne que 22 à 23 pour cent.

Si nous examinons maintenant les statistiques d'hystérectomie abdomino-vaginale et vagino-abdominale, nous trouvons une mortalité beaucoup plus petite.

Dans la statistique, publiée dans la thèse de Le Moniet, nous voyons :

Méthode vagino-abdominale, mortalité de 15/78 pour cent
Méthode abdominale-vaginale — 14/81.

En somme, l'extirpation totale de l'utérus, dans le cas de gros fibromes, paraît plus bénigne que l'extirpation partielle, même en employant en partie des manœuvres vaginales.

Il reste l'hystérectomie abdominale totale. Le Moniet a pu réunir 345 cas d'hystérectomies appartenant aux chirurgiens français et étrangers. Sur ces 342 cas, où les manœuvres ont été purement abdominales, il a trouvé 49 morts, ce qui fait une mortalité de 14/32 pour cent.

Notre distingué maître, M. le Dr Ricard, nous communique sa statistique personnelle ; sur 49 cas d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes, il a eu 42 guérisons et 7 morts. Les 7 cas mortels sont tous dus à des phénomènes infectieux, l'infection ayant comme point de départ, le vagin, la cavité utérine, les lésions suppurées des annexes, etc. Cette mortalité est relativement faible, si on examine la gravité des cas qui font la statistique de M. le docteur Ricard. Ainsi nous voyons que, sur ces 49 hystérectomies, dans la moitié des cas (25), il s'agissait de lésions très complexes. Ainsi, onze fois, en dehors du fibrome, il y avait des lésions annexielles graves, presque toutes bilatérales. Sept fois, l'enclavement a nécessité le morcellement préalable. Deux fois, l'opération. commencée par le vagin, a dû être terminée par l'abdomen (dans un de ces cas il y a eu déchirure de la vessie). Dans un cas, l'hystérectomie totale a été pratiquée sur le moignon d'une hystérectomie à pédicule externe, faite 10 ans auparavant. Une autre fois, il s'agissait d'une opération incomplète par le vagin, faite 2-3 ans auparavant ; c'était un cas très complexe, où il a fallu disséquer la vessie, remonter jusqu'à l'ombilic, morceler la tumeur ; le rectum adhérent fut déchiré et suturé, la malade guérit. Dans un autre cas il y avait torsion du vagin avec état apoplectique du fibrome et hémorragie péritonéale abondante ; la malade a guéri.

En somme, l'opération a été, dans tous ces cas, très complexe et pourtant M. Ricard n'a perdu que 3 malades ; tandis que les cas relativement simples lui ont donné 4 morts.

Sur les 40 observations que nous publions, les 10 premières appartiennent à notre maître M. le Dr Périer; ces dix cas présentent 2 morts, tous les deux dûs à la septicémie. Les 27 cas suivants ont été pratiqués par notre maître, M. le Dr Peyrot, et nous avons signalé 3 morts, dues également à la septicémie ; un de ces derniers cas était très complexe, il a fallu laisser des pinces dans l'abdomen. Enfin les 3 derniers, terminés tous par la guérison, appartiennent à notre maître, M. le Dr Marchand.

Nous avons pu réunir une statistique de 561 hystérectomies abdominales totales pratiquées, les deux tiers en France, et l'autre tiers à l'Etranger. Cette statistique présente une mortalité qui ne dépasse pas 7 pour 100. Le nombre total des morts dans ces 561 hystérectomies, est de 39, ce qui fait exactement 6,9 pour 100.

En réunissant ce nombre considérable d'hystérectomies, nous avons fait attention de prendre seulement les opérations faites en totalité par l'abdomen, sans qu'il y ait des manœuvres vaginales.

La mortalité est donc, dans ce dernier cas, moitié moins grande que dans les hystérectomies par voies combinées.

Voici du reste cette statistique :

	Nombre d'opérations	Morts
1) Carle (de Turin)	20	
2) Defontaine	5	
3) Delagénière (du Mans)	30	2
4) Delagénière (de Tours)	2	
5) Delaunay	7	1
6) Delbet	8	

(1) Carle. (*Congrès Internat. de Rome*, 1894).
(2) Defontaine. (*Archives Provin. de Chir.* p. 1, 1896).
(3) Delagénière (du Mans). (*Archives Prov. Chir.*, 1894, 1895, 1896).
(4) Delagénière (de Tours). (*Congr. de Chir.*, Lyon, 1894).
(5) Delaunay. (*Congrès de Chir.*, Lyon, 1894) et (*Congr. de Chir.*, Paris, 1895).
(6) Delbet. (*Congrès de Chir.*, Paris, 1893).

7) Duret	2	
8) Doyen	35	1
9) Statistique donnée par Doyen.		
Sneguireff (de Moscou)	82	4
Fargas (de Barcelone)	13	1
Goubaroff (de Dorpat)	8	
Bordallo (de Lisbonne)	7	
Taylor (de Birmingham)	1	
10) Goullioud (de Lyon)	7	
11) Hartmann	5	
12) B. Jessett	8	1
13) Jonnesco	6	1
14) A Martin	26	1
15) Christopher Martin	10	
16) Thomas Morgan	1	
17) Le Bec	57	5
18) Nélaton	16	3
19) Pantaloni	32	1
20) Poirier	4	1
21) Reclus	10	
22) Ricard	40	3

(7) Duret. (*Semaine Gynécol.*, nº 18, 1897).
(8) Doyen. (*Congrès Gynéc.* de Genève, 1896).
(10) Goullioud. (*Congrès Gynéc.* de Bordeaux, 1895) et (*Congrès de Chir.*, Paris, 1896).
(11) Hartmann. (*Soc. de Chir.*, 21 juillet 1897).
(12) Bowreman. Jessett. (*The British. Gyn. Society*, p. 332, 1895).
(13) Jonnesco. (*Congrès de Chir.*, Paris, 1897).
(14) A. Martin. (*Congrès Intern. de Rome*, 1894).
(15) Christopher Martin. (*British. med. Jour.*, p. 1187, 1896).
(16) Thomas Morgan. (*The Australian. Med. Gazette*, p. 69, fév. 1897).
(17) Le Bec. (*Congrès de Chir.*, Paris, 1897).
(18) Nélaton. (*Lec. de Chir.*, 28 juillet, 1897).
(19) Pantaloni. (*Congrès de Chir.*, Paris, 1897).
(20) Poirier. (*Congrès de Chir.*, Paris, 1896).
(21) Reclus. (*Loc de Chir.*, 7 juillet 1897.
(22) Ricard. (*Congrès de Chir.*, Paris, 1896).

23) Richelot	10	
24) Shwartz	14	1
25) Segond	20	2
26) Terrier	14	3
27) Tournay	12	2
28) Tuffier	5	
29) Vuilliet (de Genève)	4	
Observations personnelles	40	5
Total	561	39

Soit : 6,9 pour 100 de mortalité.

Dans la statistique que nous venons de donner, nous n'avons pas mis les opérations des chirurgiens américains. Ces opérations sont signalées dans les Thèses de Le Moniet et de Gentilhomme jusqu'en 1894, et, à partir de cette époque jusqu'en 1897, on les trouve indiquées dans un travail de Noble, dont les *Annales de gynécologie et d'Obst.* ont publié, cette année, un résumé. La statistique que Noble donne, accuse une mortalité de 10 pour 100 sur les hystérectomies abdominales totales des chirurgiens américains. Elle est donc moins forte que la statistique donnée par Le Moniet et plus forte que la statistique que nous venons de publier.

Il est très difficile, dans ces sortes de statistiques, d'avoir, d'une manière exacte, la cause des décès. Le plus souvent, c'est la septicémie, quelquefois l'hémorrhagie ; les autres causes, que nous avons signalées en décrivant les accidents et les complications consécutives à l'hystérectomie abdominale totale,

(23) Richelot. (*Rev. de Gyn. et de Chir. abdom.*, n° 2, 1897).
(24) Schwartz. (*Soc. de Chir.*, 21 juillet 1897).
(25) Segond. (*Soc. de Chir.*, 21 juillet 1897).
(26) Terrier. (*Congrès Chir.*, Paris, 1897).
(27) Tournay. (*ibid.*).
(28) Tuffier. (*Soc. de Chir.*, 5 juin 1895).
(29) Vuilliet. (*Congr. de Chir.*, Lyon, 1894).

sont plus rares. Beaucoup de décès reconnaissent comme causes, l'état général mauvais de la malade, l'épuisement, surtout dans la statistique que nous venons de donner, car la plus grande partie des opérations que nous avons indiquées, étant pratiquée en France, beaucoup de chirurgiens n'enlèvent par l'abdomen que les grosses tumeurs et celles-ci sont plus susceptibles de s'accompagner d'un état général qui laisse à désirer.

En résumé, toutes les statistiques sont en faveur de l'hystérectomie abdominale totale. Les résultats sont d'autant plus favorables que la technique se perfectionne et que l'asepsie est plus parfaite.

CONCLUSIONS

1° L'hystérectomie abdominale totale est l'opération de choix pour le traitement des grosses tumeurs fibreuses de l'utérus.

2° Elle est supérieure aux hystérectomies partielles, car, en enlevant complètement l'utérus, les accidents si nombreux du pédicule ne sont plus à craindre.

3° Sa supériorité est aussi incontestable sur l'hystérectomie abdomino-vaginale et vagino-abdominale. Les manœuvres vaginales exposant dans ces deux derniers cas, à l'infection du péritoine.

4° Toutes les statistiques sont en faveur de l'hystérectomie abdominale totale. Elle est plus bénigne que les autres méthodes que nous venons de signaler. Sa mortalité diminue de plus en plus, au fur et à mesure que sa technique se perfectionne et que l'asepsie est plus parfaite.

5° Il faut choisir, comme procédés d'hystérectomie abdominale totale, ceùx dans lesquels les manœuvres sont purement abdominales, la moindre manœuvre vaginale pouvant compromettre le succès de l'opération. Il faut donc écarter les procédés qui consistent à commencer la désinsertion du col par le vagin, avant de passer à

l'abdomen ; de même ceux dans lesquels on met des pinces sur les ligaments larges, par le vagin.

6° Parmi les procédés purement abdominaux, ceux dans lesquels la cavité utérine n'est pas ouverte, doivent être préférés.

7° Les procédés qui nous semblent les meilleurs sont les procédés de Delagénière, Doyen, Kelly-Segond, Ricard, et tous ceux qui en dérivent.

8° Il faut instituer le drainage vaginal, toutes les fois qu'il y a une grande surface dénudée, et que l'on craint la rétention des liquides septiques dans la cavité pelvienne.

Vu, le Doyen :
P. BROUARDEL.

Vu par le président de la thèse,
PAUL BERGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Anderson. — On the Surgical treatment of uterine fibroids, with the report of two cases of successful Abdomino-Uterectomy. (*Med. Record.*, p. 100, janv. 1895).

Aran. — Leçons clin. sur les mal. de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1860.

Ashton. — The Treatment of Fibroid Tumors of the Uterus. (*The New-York Med. Jour.*, p. 145, fév. 1896).

Atlee. W. L. — Prize Essay the surgical Treatment of certain fibrous Tumours of the Uterus, heretofore considered beyond the Resources of Art. (*Trans. Amer, Med. Assoc.*, p. 547, 1853).

Atlee. W. L. Removal of a Fibroid Tumour of the Uterus by gastrotomy. (*Amer. J. of Med. Sciences,* p. 309, avril 1845).

Auvard. — Traité de Gynécologie. Paris, 1892.

Baldy. — (*Amer. Jour. of Obst.*, nov. 1893).

Bantock. — (*British Gyn. Jour.*, p. 84, 1887).

Bardenheuer. — Die Drainirung der Peritonealhöhle; Anhang die Totalextirpation des Uterus wegen Fibroid. Stuttgart, 1881.

Bardenheuer. — (*Centralb. für Gyn.*, p. 519, n° 22, 1881). (Trad. *in Jour. de Med. de Chir. et de Pharm. de Bruxelles,* t. LXXIV, 1882).

Bonnet et Petit. — Traité de Gynécologie. Paris, 1894.

Blum. — (*Zeit f. Geburts,* t. XXXV, p. 80, 1896).

Boiffin. — Tumeurs fibreuses de l'utérus. Paris, 1891.

Bonnet. — Traitement chirurg. des fibromes utérins. (*Nouvelles Arch. d'Obst. et de Gyn.*, juin 1892).

Boldt. — The operative Treatment of Fibromyoma of the Uterus. (*Amer. Jour. Obst.*, p. 832, 1893).

Boldt. — (*New-York Med. Monatschr.*, p. 392, 1894).

Bossi. — (*Gaz. d. osp.* Napoli, p. 551, 1891).

Bouilly. — (*Congrès de Chirurg.*, Paris, 1891, 93, 97).
— (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, p. 314, 1891).

Brennecke. — Ein Wosr über die Schröeder'sche Method der Myomotomie. (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, p. 67, 1891).

Burckard. — (*Arch. f. Gyn.*, t. LIII, p. 382, 1897).

Byford. — Choice of radical operations for the cure of uterine fibroids. (*Chicago Med. Recorder*, p. 376, 1894).

Camelot. — De l'Hyst. abd. totale pour fibromes utérins. (*Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, p. 382, 1892).

Carle. — (*Congrès Internat. de Rome*, 1894).

Caternault. — Essai sur la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses péri-utérines. (*Thèse* de Strasb., 1866).

Chase. — Remarks on the Rational treatment of uterine fibroids. (*Med. Record.*, p. 798, juin 1896).

Championnière. — (*Soc. de Chirurgie*, 19 juin 1895).

Chaput. — (*Congrès de Chir.*, 1893).

Chrobak. — Zur Extirpatio uteri myomatosi abdominalis. (*Centralb. f. Gyn.*, p. 713, 1891 ; p. 169, 1891 ; n° 20, 1893).

Chrobak. — (*Monatssch. f. Geb. und Gyn.*, Bd. III, p. 177, 1896).

Clarek. — (*Congrès Inter. de Moscou*, 1897).

Clarke. — Indications for total hysterectomy. (*Annals of Gyn. and Ped.*, Boston. p. 803, sept. 1895).

Cullingworth. — (*British. med. Jour.*, 14 mars 1896).

Cushing. — The operative treatment of uterine fibroids. (*Ann. Gyn. and Ped. Philadelphie*, p. 699, 1893).

Cushing. — The evolution in America of abdominal hysterectomy. (*Annals of Gyn. and Ped.*, Boston, p. 573, juin 1895).

Defontaine. — (*Arch. prov. de Chir.*, p. 1, 1896).

Delagénière (du Mans). — (*Archives prov. de Chirurg.*, p. 333 et 416, 1894 ; p. 493, 1895 ; et p. 633, 1896).

Delagénière (du Mans). — (*Congrès de Gynéc. de Genève*, 1896).
— — (*Congrès de Chir.*, *Paris*, 1893, 1895).

Delagénière (de Tours). — (*Congrès de Chir.*, *Lyon* 1894).

Delaunay. — (*Congrès de Chir.*, *Lyon* 1894, Paris 1895).

Delbet. — (*Congrès de Chir.*, *Paris*, 1896, et Traité de Chir., t. VIII).

Delettrez. — (*Gaz. des hôp.*, 1er oct. 1892).

— (*Sem. Méd.*, p. 235, 1893).

— (*Congrès de Gyn. de Bruxelles*, 1893).

— (*Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, n° 2, p. 41, 1896).

Demantké. — De l'Hystérectomie abdom. pour gros fibromes par le procédé de la ligature élastique perdue (procédé d'Olshausen). (*Thèse* de Paris, 1897).

Diriart. — Trait. des fibromes utérins par l'Hyst. abd. totale (Technique de M. Routier). (*Thèse* de Paris, 1897).

Dorff. — (*Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, n°1, p. 6, et n° 10, p. 201, 1896).

Doyen. — (*Arch. prov. de Chirurg.*, p. 498, 1892, et p. 625, 1896).

— (*Congrès de Gyn.*, *Genève*, 1896).

— (*Congrès de Chirurg.*, *Paris*, 1893, 1897).

Donald (Archibald). — Intra-peritoneal Hysterectomy and Hysterectomy by the combined method for fibroid Tumours of the Uterus, with notes of cases. (*British med. Jour.*, p, 1184, 1896).

Dudlay. — The Surgical Treatment of uterine fibro-myomata. (*Jour. American Med. Associat.*, p. 370, août 1896).

Duncan (Matevs). — Slonghing fibroid removed by hysterectomy. (*Trans. of the Obst. Soc. of London*, p. 197, juin 1895).

Duret. — L'Hyst. abd. totale doit-elle être constamment l'opération de choix dans la cure des fibromes utérins. (*Sem. Gynécol.* n° 16, 17 et 18, 1897).

Duret. — (*Congrès de Chir.*, *Paris*, 1893).

Duval. — De l'Hyst. abd. totale pour fibromyomes utérins. (*Thèse* de Paris, 1892).

Eastman. — Work in abdominal and pelvic Surgery. (*Indiana Med. Jour.* p. 219, 1890).

Eastman. — A contribution to the technique of suprapubis hysterectomy. (*Amer. Jour. of Obst.*, p. 621, 1894).

Eastman. — Report of a case of Hysterectomy where the Morphology of the Tumor made total Extirpation of the Cervix the only possible Procedure. (*Amer. Gyn. a. Obst. Jour.*, p. 18, juillet 1895).

Eastman. — Some Remarks on abdominal Hysterectomy. (*Med. Fortnightly*, p. 41, janv. 1896).

Edebohls. — (*Amer. Jour. of Obst.*, p. 606, nov. 1893).

Edge. — Fibromyamatous uterus removed by Doyen's method of panhysterectomy. (*British med. Jour.*, p. 498, fév. 1897).

Edwards. — Pan-hysterectomy for fibroid in aged Women. (*The Amer. Jour. of Obst.*, p. 361, sep. 1896).

Elliot. — (*Boston med. and surg. report.*, 20 juillet 1893).

Fargas. — De la Intervencion Chirurgica en les miomas uterinos. (*Archivos de Gyn. Obstet. y Pediat.*, p. 413, juillet 1895).

Fargas. — Procedimiento de hysterectomia abdominal en los casos de miomas uterinos. (*Anales de Obst. Ginecopatia y pediatria.*, p. 97, avril 1897).

Fenomenow. — (*Vratch.*, 19 oct. 1895).

Fraisse. — Le Trait. chir. des fibromes utérins. (*Arch. de Tocol.* nov. 1895).

Fritsch. — (*Verhandl. des internat. medic. Congr. in Berlin.*, p. 264, 1891).

Gentilhomme. — Hyst. abd. Technique critique. Résultats. (*Thèse* de Paris, 1894).

Goullioud. — (*Lyon Médic.*, 1891 et 1896).

— (*Arch. de tocol. et de gyn.*, oct. 1891).

— (*Congrès de chir., Paris,* 1895, 1896).

— (*Arch. prov. de chir.*, 1er janv. 1897).

Gross. — Hystérectomie abdomino-vaginale et Hystérectomie abdominale totale pour fibromyomes utérins. (*Sem. Méd.*, n° 12, 1893).

Guermonprez. — (*Académie de Méd.*, 15 et 22 sept. 1891).

Guinebertière. — Contribution à l'étude de l'ablation des corps fibreux de l'utérus. (Hystérectomie abdominale totale). (*Thèse* de Paris, 1894).

Guyon. — (*Thèse* d'Agrég., 1860).

Hall. — Total extirpation for fibroid Uterus. (*The Cincinnati Lancet. Cinic.*, p. 239, 1895).

Hall. — (*Amer. Jour. of Obst.*, p. 809, 1892).

— (*Jour. of the Americ. Med. Assoc.*, p. 871, juin 1894).

Hartmann. — (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, déc. 1893 et juillet 1897).

— (*Congrès de chir.*, Paris, 1897).

— (*Soc. de chir.*, 21 juillet 1897).

Hegar et Kaltenbach. — (*Traité de Gyn. opératoire, trad. franç.* 1889).

HOMANS. — (*Boston Med. Jour.*, 7 mars 1895).

HOFMEIER. — (*Manuel de Gynéc. opératoire,* trad. franç., 1889).

HUBERT. — Hystérectomie totale par l'abdomen. (*Revue med. Belge,* 30 avril 1895).

HUBERT. — (*Arch. de Tocol.*, oct. 1895).

HUE. — (*Congrès de Chir.*, Paris, 1893).

HOUZEL. — Fibromes et Hystérectomie. (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, avril 1896).

JACOBS. - (*Nouvelles Arch. d'Obst. et de Gynéc.*, 25 oct. 1893).

— (*Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Bruxelles,* 30 avril 1893).

— (*Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896 ; p. 32 et 58, 1897).

JACOBS. — (*Congrès de Chir., Paris,* 1893).

— (*Congrès Internat. de Rome,* 1894).

JARJAVAY. — (*Thèse* de Paris, 1852).

JESSETT (Bowreman). — Sugestions for performing abdominal Hysterectomy by total Extirpation of the Uterus, with Cases. (*The British Gyn. Jour.*, p. 352, 1892).

JESSETT (Bowreman). — The treatment of myomata of the uterus complicating pregnancy. (*The British Gyn. Jour.*, p. 317, nov. 1894).

JESSETT (Bowreman). — (*The Provincial med. Jour.*, p. 624, déc. 1895).

JESSETT (Bowreman). — (*The British Gyn. Society,* p. 332, 1895).

— — (*The British med. Jour.*, 26 déc. 1896).

JONES (Dixon). — (*Med. Record.*, p. 260, 1895).

JONNESCO. — (*Semaine Gynec.*, n° 38, 1897).

— (*Congrès Internat. de Moscou,* 1897).

— (*Congrès de chir., Paris,* 1897).

KELLY. — A. New Method of performing Hystéromyomectomy. (*Amer. J. of Obst.* t. XXII, p. 375, 1889).

KELLY. — Hysteromyomectomy and Hystero-salpingo-ophorectomy by continuous Incision from left to right or from right to left. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, p. 27, 1896).

KŒBERLÉ. — Documents pour servir à l'histoire de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode sus-pubienne. (*Gaz. méd. de Strasbourg,* n° 2 et suivants, 1864).

KŒBERLÉ. — (*Congrès de chir.*, Paris, 1893).

Kessler. — (*St-Petersburg med Woch.*, 24 sept. 1894).

Kreutzmann. — Total extirpation of the uterus. (*Trans. Med. Soc. Calif. San. Francis.*, p. 145, 1894).

Krug. — Total extirpation versus leaving the Stump in Operation for Uterine fibro-myomata. (*New-York Jour. Gyn. a. Obst.* p. 13, 1892).

Landau. — (*Congrès de Rome* 1894).

— Zur Technik der Abdominalen total extirpation des utérus. (*Centralb. f. Gyn.* n° 23. p. 689, 1897).

Lannelongue (de Bordeaux). — (*Gaz. Med. de Bordeaux*, 24 juillet 1892).

Laurie. — (*British. med. Jour.* 22 janv. 1894).

Lawson Tait. — (*British. med. Jour.* 27 mars 1897).

Lanphear. — (*Medical. Record.* p. 5, 1893). (Trad. in. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, p. 208, 1893).

Lemander. — Ueber Abdominal Myomoperationen mit besonderer Berücksichtigung der totalextirpationen des uterus wegen Myom. (*Centralb. f. Gyn.* p. 242, 1892 et p. 831, 1893).

Le Bec. — (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, nov. 1895).

— (*Congr. de Chir.* Paris, 1895-1897).

Le Moniet. — Hystérectomie abdominale totale et hystérectomie abdomino-vaginale (*Thèse* de Paris 1894).

Levy. — Trait. des fibromyomes de l'utérus (*Thèse* de Paris 1895).

Martin (A). — Traité clinique des maladies des femmes, trad. franç. 1889.

— (*Centralb. f. Gyn.*, p. 689, 1889).

— (*Zeitsch f. Geb. und. Gyn.*, B. XX, 1890).

— (*Congrès Internat. de Rome*, 1894).

— Die totalextirpation des myomatosen uterus per Coeliotomiam (*Berlin. Klin. Woch.* p. 625, juillet 1895).

— (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.* B. XXXIII p. 486,1896).

Martin (Christofer). — *The Birmingham Med. Review* 1896).

— (*British med. Jour.* p. 1187, 1196).

Marty. — Etude historique et bibliographique sur l'hystérectomie totale pendant les années 1889-90-91 (*Thèse* de Paris, 1892).

Menu. — Manuel opératoire de l'hystérectomie. (*Thèse* de Paris, 1893).

Monprofit (*Congrès de Chir. Paris*, 1896-1897.

Morgan (Thomas). — (*The Australasian Med. Gaz.* p. 69, févr. 1897)

Monlonguet. — (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, nov. 1895).

— (*Congrès de Chir. Paris* 1895).

Nelaton. — (*Soc. de Chir.* 28 juillet 1897).

Nélson. — A plea for Abdominal Hysterectomy. (*The Amer. Gyn. and. Obst., Jour.*, p. 520, nov. 1896).

Noble. — (*British Gyn. Jour.* p. 84. mai 1897). (Trad. in Ann. de de Gyn. et d'Obst., Juillet 1897).

Ostrom. — Abdominal hystérectomy. (*New-York Med. Times.*, p. 321, 1894).

Ott (D). — Ueber die Radicalbehandlung der Fibromyom des uterus (*Centr. f. Gyn.* n° 26, juin 1894.

Pantaloni. — (*Arch. prov. de Chir.* p. 100, 1896).

— (*Congrès de Chir. Paris* 1896 et 1891).

Péan. — (*Union méd.* p. 874, 1869).

— (*Acad. de Med.* 7 juin 1892).

— Les fibromes utérins. (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, nov. 1895).

— *Gaz. des hôp.* n° 91, 6 août 1895).

— (*Congrès de Chir.* Paris 1893-1895-1897).

— (*Leçons de clinique chirurgicale*, 1877).

— Diagnostic et trait. des tumeurs de l'abd. et du bassin, 1895).

Péan et Udy. — Hystérectomie, de l'ablation partielle ou totale de l'utérus, par la gastrotomie (Paris 1873).

Pellier. — Hyst. abd. totale pour fibrome utérin et kyste ovarique (*France Méd.* 18 déc. 1896).

Pichevin. — Valeur de quelques méthodes employées dans le trait des fibromyones utérins (*Gaz. des hôp.* 18 janv. 1890).

— (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 13 mai 1897).

Pigeonneat. — Contribution à la thérapeut. chir. des gros fibromes utérins (*Thèse* de Paris, 1895).

Plouvier. — De l'hystérect. abd. totale pour fibromes utérins (*Thèse* de Lille 1894).

Poirier. — (*Congr. de Chir.*, Paris 1896).

Polk. — Extirpation of the entire uterus by the supra-pubic Method. (*Trans. Amer. Gynec., Soc.*, p. 215, 1892).

— (*Amer. Jour. of Obst.*, p. 726, 1892).

Pozzi. — De la valeur de l'hystérectomie (*Thèse* d'Agr. Paris, 1875).

— Technique de la ligature élastique du pédicule, *Soc. de Chir.* 28 nov. 1883), et (*Congr. de Chir.* 1885).

— De la valeur des altérations du rein, consécutives aux corps fibreux de l'utérus, pour les indications et le pronostic de l'hystérectomie (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, juillet 1884).

— (Traité de Gynécol., 3e Edition).

— (*Congrès de Chir.* Paris 1893-1896).

Price. — Abdominal Hysterectomy (*The Amer. Jour. of Obst.*, nov. 1892).

Pryor. — A New and rapid. Method. of dialing, with intra-ligamentous Fibromata (*Med. News.* p. 602, 1894).

Purcell. — A fibro myomatous uterus removed, by the combined method pan-hysterectomy.

— (*British Gyn. Jour.* p. 18, mai 1897).

Quénu. — (*Soc. de Chir.* 5 juin 1895).

Ramon. — Hystérectomie abdominale. Méthode de Péan, dans les cas de gros fibromes utérins. (*Thèse*, Paris 1893).

Reclus. — Traitement des fibro-myomes utérins (*Bull. Méd.* janv. 1894).

— (*Soc. de Chir.* 7 juillet 1897).

Reverdin. — (*Congrès de Chir.* Paris 1873).

— (*Nouvelles Arch. d'Obst., et de Gynec.* n° 6, p. 237, 1895).

Reynier. — (*Soc. de Chir.* 7 juillet 1897).

Ricard. — (*Soc. de Chir.*, 5 juin 1895.)

— (*Congrès de Chir., Paris* 1896).

Richelot. — (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, p. 538, 1893).

— (*Congrès de Chir., Paris* 1893).

— (*Presse Médicale*, n° 54, 2 nov. 1895).

— (*Soc. de Chir.* 34 avril 1895).

— (*Ibid.*, 16 juin 1897).

— (*Annales de Gyn. el d'Obst.*, juillet 1897).

— (*Revue de Gyn. et de Chirurgie abdominale*, n° 2, 1897).

Rossmann. — (*Centralb, f. Gyn.*, 18 mai 1895).

ROUFFART. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Bruxelles*, 9 mai 1891).

ROUFFART. — *Nouvelles Archiv. d'Obst. et de Gyn.* 25 oct. 1893).

ROUTIER. — (*Congrès de Chir., Paris,* 1893).

— (*Soc. de Chir.,* 5 juin 1895).

— De l'hystérectomie abdominale. (*Union Méd.*, 16 avril 1893).

SCHANTA. — Ueber Myomoperationem. (*Wiener med. Woch.,* 5 janv. 1895) et (*Centralb, f. Gyn.,* p. 318, 1895).

SCHVARTZ. — (*Soc. de Chir.*, 22 mai 1895).

— (*Ibid*, 21 juillet 1897).

— (De l'hystérectomie appliquée aux tumeurs fibreuses de l'utérus (*Rev. de Chir.*, p. 125, 1883).

SCHVARTZ. — (*Congrès de Chir.*, 1893 et 1897).

SCHERTON. — Trait. chir. des myomes utérins (*Gaz. des hôp.,* 1 septembre 1888).

SEGOND. — (*Congrès de Chir., Paris*, 1893 et 1895(.

— (*Annales de Gyn et d'Obst.,* nov. 1895).

— (*Congrès intern. de Gyn. de Bruxelles,* 1894).

— (*Soc. de Chir.*, 21 juillet 1897).

— (*Revue de Gyn. et de Chir. abdominale*, n° 4, 1897).

SEMM. — (*Jour. Amer. Med. Assoc.,* 10 août 1895).

SNOGUIREFF. — 83 Falle von Myom ; hysterectomia abdominalis nach modifizierten Doyen'schen Verfahren. (*Monatssch. f. Ceb. und. Gyn.*, Bd. IV., p. 525, 1896).

SOREL. — Du traitement opératoire des fibrones utérins. (*Normandie Med.,* 15 juillet 1895).

STIMSON. — On some Modifications in the Technique of abdominal Surgery, limiting the use of the Ligature en masse. (*Med. News,* p. 93, 1889).

STONE. — Hysterectomy for large tumors. (*Annals of Gyn. and Pediat. Philadelphie*, t. VII, p. 377, 1894).

SULLIVAN (O). — *Australas Med. Gaz.*, nov. 1896).

SUTTON. — Hysterectomy for myoma of the Uterus (*Annals of Gyn. and. Ped. Philadelphie,* t. VII, p. 302, 1894).

TERRIER. — (*Congrès de chir., Paris*, 1896 et 1877).

THELEN. — (*Centralb. f. Gyn.,* 28 mars 1790).

THORNTON. — The Treatment of fibromyomata uteri. (*British med. Jour.,* p. 281, 1893).

TUFFIER. — (*Soc. de chir.*, 5 juin 1895).

TOURNAY. — (*Congrès de chir.*, Paris, 1897).

TUTTLE. — Fibroid Tumors of the uterus, vohen and how to operate. (*Jour. of the American, Med. Assoc.*, p. 246, août 1896).

VAUTRIN. — Traitement chirurgical des Myomes utérins. (*Thèse* d'Agrég., Paris, 1886).

VERNEUIL. — *Congrès de chir.*, *Paris* 1893).

VUILLET. — (*Congrès de chir.*, *Lyon*, 1894).

WALLACE. — Notes on the Evolution of treatment of uterine fibroids in the Thornton ward, Liverpool Royal Infirmery. (*British med. Jour.*, p. 1284, 1896).

WARNEK. — (*Vratch*, 21 sept. 1895).

Le Mans. — Imp. Ed. Monnoyer. — 1897.